

فصلنامه علمی فرهنگی ضربان

شماره ۲۴ - بهار ۱۴۰۴

ضربان

سیاستهای تشویق باروری در دنیا



فریاد در حبس سکوت



تحلیل و نقد قوانین فرزندآوری در ایران



اندر مصائب فرزندآوری





پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله: «أَطْلُبُوا الْوَلَدَ وَ التَّمِسُوهُ؛
فَإِنَّهُ قَرَّةُ الْعَيْنِ، وَ رِيحَانَةُ الْقَلْبِ»؛

فرزند نخواهید و آن را طلب کنید؛ چرا که مایه روشنی چشم و شادی قلب است.

(مکارم الأخلاق، ج ۱، ص ۴۸۰، ح ۱۶۶۵)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ضربان

فصلنامه علمی فرهنگی ضربان

شماره ۲۴ - بهار ۱۴۰۴

شماره مجوز: ۳۴۰-۷-۹۲



شناسنامه

صاحب امتیاز: فاطمه مختاری

مدیر مسئول: فاطمه مختاری

سر دبیر: فاطمه نبی

مدیران اجرایی: زهرا قربانی کهریزسنگی - محمد مهدی کنعانی

ویراستار: پرنیا غفاری

صفحه آرا و طراح جلد: ستایش طاهری

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب الفبا):

زهرا ایزدی پور، امیرمحمد باقری، ستاره بلانیان، ملینا جعفری،
مریم حیدری، نگین رحیم پور، محدثه سجادی، مژگان سهیلی،
محمد طه عسگری، زهرا کریمزاده، مهسا محمدخانی، فاطمه
مختاری، فاطمه میرزایی

با تشکر از:

آقای دکتر محسن شهریاری
استاد راهنمای نشریه ضربان
سرکار خانم دکتر بتول سلطانی
مسئول نشریات دانشجویی
سرکار خانم دکتر فاطمه مالکی
معاونت فرهنگی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست

یادداشت سردبیر / ۲

تپش علم:

باروری و سیاست‌های تشویق باروری در دنیا / ۴

ناباروری / ۷

قاتلین باروری / ۹

چند قدم مانده به ناباروری / ۱۱

فریاد در حبس سکوت / ۱۴

زگیل تناسلی، یک تهدید خاموش اما جدی (قسمت دوم) / ۱۸

نبض فرهنگ:

قوانین جدید فرزندآوری در ایران / ۲۳

سی سال با سیاست‌های جمعیتی ایران / ۲۵

«مامان بابا من غول نیستم!» / ۲۹

نقد فیلم Children of Men / ۳۰

اندر مصایب فرزندآوری / ۳۱

مشوق‌های فرزندآوری در آلمان / ۳۲

ضربان آزاد:

مقام استاد، چراغ راه دانایی / ۳۶

آشنایی با حیطه‌های المپیاد دانشجویان علوم پزشکی / ۳۷

فرشته‌های بی بال / ۴۰

سر مقاله

در آغازین فصل سال جدید ضمن تبریک سال نو، عید سعید فطر، روز استاد، روز جهانی ماما، از همراهان به ویژه هیئت تحریریه نشریه ضربان، که در سال گذشته به همت شما دانشجویان و اساتید گرامی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پس از مدت‌ها وقفه موفق به تهیه و نشر ۳ شماره از نشریه ضربان با محورهای سالمند، کودک و جوانی شدیم، کمال تشکر را داریم. پس در شماره بهار نشریه بر آن شدیم تا همراه با رویش طبیعت به رویش و باروری بپردازیم.

حال که فرزندآوری و باروری سالم یکی از بزرگترین دغدغه‌های کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، از جمله کشور عزیزمان ایران است، یکی از وظایف به ویژه دانش آموختگان و دانشجویان رشته‌های مامایی و بهداشت باروری افزایش سطح آگاهی جامعه نسبت به باروری سالم و پیشگیری از ناباروری، حفظ حیات جنین و ... است. بنابراین به واسطه همراهی عالمانه تیم نشریه ضربان در این شماره به موضوعات وضعیت باروری در جهان و ایران، قاتلین باروری، الگوهای ترویج باروری در دنیا، سلامت باروری از دیدگاه علمی و فرهنگی پرداخت شده و پیشکش نگاه شما دانشجویان و فراگیران علم شده است.

در انتها از شما مخاطبین نشریه ضربان دعوت می‌کنیم تا با ارائه نظرات و پیشنهادات خود، ما را در ارتقا و پیشرفت نشریه همراهی و کمک نمایید. از طریق ایمیل نشریه منتظر دریافت انتقادات، پیشنهادات شما بزرگواران هستیم. شما می‌توانید از این طریق نیز موضوعات پیشنهادی خود جهت شماره‌های بعدی یا حتی نیازهای خود را با ما در میان بگذارید. ضمناً جهت توسعه نشریه، از سایر دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی علاقه مند به همکاری نیز دعوت به عمل می‌آوریم تا با قلم خود ما را همراهی نمایید. منتظر حضور پررنگ شما دانشجویان هستیم.

دریچه ارتباط ما با شما مخاطبین و همراهان: zaraban.mag.nm@gmail.com

با آرزوی ایران شاد و جوان

ارادتمند شما دوستان

فاطمه مختاری

مدیر مسئول نشریه علمی فرهنگی ضربان



تپش علم:

== باروری و سیاست‌های تشویق باروری در دنیا

== ناباروری

== قاتلین باروری

== چند قدم مانده به ناباروری

== فریاد در حبس سکوت

== زگیل تناسلی، یک تهدید خاموش اما جدی (قسمت دوم)





باروری

و سیاست‌های تشویق باروری در دنیا

وضعیت و برنامه‌های مشوق باروری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه چگونه است؟

فاطمه مختاری - دانشجوی دکتری بهداشت باروری - ایمیل: mid.mokhtari@yahoo.com

دولت‌ها ایجاد خواهد کرد. کاهش جمعیت، چالش دیگری نیز در جهان به دنبال دارد که شامل کاهش شمار کارگران، کارمندان و مالیات دهندگان خواهد شد. بدین ترتیب دولت‌ها با کمبود منابع و درآمد برای ارائه‌ی سیاست‌های

اجتماعی روبرو می‌شوند. از طرف دیگر به واسطه‌ی تغییرات جمعیتی موجود، شمار افراد مسن نیز از جمعیت جوان پیشی خواهد گرفت، به طوری که تا سال ۲۱۰۰، حدود ۲.۴ میلیارد نفر، بالای ۶۵ سال خواهند بود و ۱.۷ میلیارد نفر پایین تر از ۲۰ سال پیش بینی شده‌است. برای نمونه،

جمعیت سن کار در چین از ۹۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ به حدود ۳۶۰ میلیون نفر تا سال ۲۱۰۰ کاهش خواهد یافت.

در حال حاضر میزان باروری کل در سراسر دنیا ۲.۵ فرزند است. بالاترین رقم آن مربوط به کشور نیجر با سطح باروری کلی ۷.۶ است. این در حالی است که در بسیاری از کشورهای دنیا همچون چین، بوسنی و هرزگوین، سنگاپور، جمهوری کره و پرتغال سطح باروری کلی در سطح خیلی پایین (کمتر از ۱.۳ فرزند) قرار دارد. بر این اساس می‌توان کشورهای دنیا را به سه دسته کلی تقسیم نمود:

➤ گروه اول: کشورهایی هستند که میزان باروری کلی

جمعیت فعلی جهان (۷,۹۰۱,۰۰۰,۰۰۰) اگر چه در حال افزایش است اما در چند قدمی آغاز روند نزولی نرخ زاد و ولد قرار دارد. آخرین داده‌ها از مطالعات در سال ۲۰۱۹، میزان TFR در سطح جهانی را ۲.۳۱ تخمین زده

بود. مطالعات نشان داده‌اند شاخص TFR از ۴.۹۷ در سال ۱۹۸۰ شاهد کاهش حدود ۵۴ درصدی بوده و به ۲.۱ که حداقل میزان ضروری برای جلوگیری از کاهش جمعیت است، رسیده است.

به طور کلی تغییر ساختار جمعیت جهان به دلیل بهبود

وضعیت نابرابری‌های اجتماعی و روند سالخوردگی جوامع، دشواری‌هایی را در بخش سیاستگذاری

داشتن جمعیت جوان برای هر کشور یک فرصت است و کشورهایی که جمعیت آن‌ها به سمت سالمندی پیش می‌رود با آینده‌نگری تلاش می‌کنند توزیع سنی کشور خود را به تعادل برسانند و انداموارگی جمعیت را حفظ کنند.



که با مشکل سالخوردگی مواجه شده اند، مشوق های مالی برای سرپرست های خانواده به خصوص مادران باردار و یا بعد از وضع حمل است که مورد حمایت و تشویق دولت ها قرار می گیرند. مشوق های مالی شامل اشکال مختلفی از جمله پرداخت هزینه ی زایمان، کمک هزینه ی کودک و تخفیف های مالیاتی می شود.

بررسی ها نشان می دهند که در اکثریت کشورها، مشوق های مالی (cash incentives) بیش از دیگر مشوق ها تحت حمایت دولت ها قرار گرفته است. شواهد موجود در خصوص اثر مشوق های مالی برافزایش باروری، ترکیبی و در اغلب موارد موقتی و گذرا هستند. در اغلب کشورها پرداخت ها برای تأمین هزینه های مستقیم و غیرمستقیم تربیت فرزند کافی نبوده و اغلب بیشترین تأثیر را بر روی خانواده هایی با کمترین درآمد یا خانواده های بزرگتر که هزینه ی حاشیه ای هر فرزند کمتر است، داشته است.

➤ ازدواج:

عدم ازدواج غیر داوطلبانه، به عنوان یکی از مهم ترین دلایل بی فرزندی در کشورهای با باروری پایین است که در آسیای شرقی و جنوب شرق آسیا بیش از سایر مناطق مؤثر بوده است. عدم تمایل به داشتن فرزند، خود نیز می تواند، عامل عدم ازدواج نیز باشد. از این رو به نظر می رسد هر نوع سیاست تشویقی



در آن ها بیش از ۴ فرزند است. این کشورها عمدتاً شامل کشورهای آفریقایی با سطح توسعه یافتگی پایین هستند. حدود یک چهارم موالید دنیا در سال های اخیر در منطقه ی زیر صحرای آفریقا رخ داده است. منطقه ای که تنها ۱۳٪ جمعیت جهان را در خود جای داده است.

➤ گروه دوم: کشورهایی هستند که میزان باروری کلی در آن ها بین سطح جانشینی و ۴ فرزند است. این دسته از کشورها که حدود ۴۰ درصد جمعیت دنیا را شامل می شوند، عمدتاً در شمال آفریقا، بخش هایی از آسیا و آمریکای جنوبی قرار دارند.

➤ گروه سوم: کشورهایی هستند که سطح باروری کلی در آن کشورها کمتر از سطح جایگزینی است. کشورهایی چون ایران، روسیه، برزیل، آمریکا، آلمان، ژاپن، چین و ... در ذیل این گروه قرار می گیرند. این کشورها با سه موضوع مهم کاهش باروری، پیری جمعیت و مهاجرت روبه رو هستند.

از دیدگاه کلی داشتن جمعیت جوان برای هر کشور یک فرصت است و کشورهایی که جمعیت آن ها به سمت سالمندی پیش می رود با آینده نگری تلاش می کنند توزیع سنی کشور خود را به تعادل برسانند و انداموارگی جمعیت را حفظ کنند. از این رو دولت ها در بسیاری از کشورها در خصوص پیامدهای باروری پایین نگران هستند و سیاست های دولتی خود را تقریباً از زمان برگزاری اجلاس بین المللی توسعه و جمعیت در سال ۱۹۹۴ تغییر داده اند. به گونه ای که شاهد آن بودیم که تا سال ۲۰۱۳، اغلب کشورهای با باروری پایین (در مجموع ۶۲ کشور) یک سیاست جمعیتی را برای افزایش سطوح باروری خود اتخاذ کردند. از این رو در سال ۲۰۱۳ هیچ کشوری با باروری پایین، سیاست کاهش باروری نداشته است. بخشی از چهارچوب کلی سیاست های جمعیتی در کشورهای با باروری پایین به شرح زیر است؛

➤ مشوق های مالی:

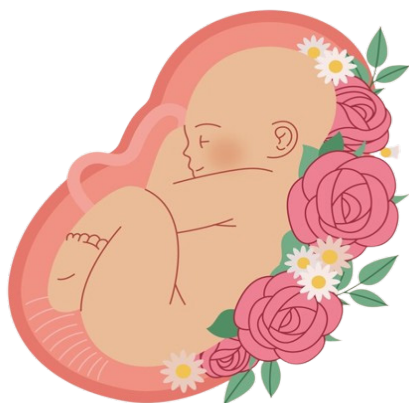
یکی از مشوق های در نظر گرفته شده در کشورهای

شرقی، زنان به دلیل سیاست‌های حاکم بر جامعه و محیط پدرسالارانه بین یک دوراهی ناخوشایند، برای انتخاب بین مادری و شغل قرار دارند که این موضوع به شدت باروری جامعه را متأثر ساخته است. موفقیت کشورهایی که رویکردهای مختلفی برای پرداختن به این مشکل داشته‌اند، متفاوت بوده است. به نظر می‌رسد که موفقیت اثرگذاری یارانه‌ی مراقبت از کودک، به بافت وسیعتر اقتصادی و اجتماعی، ساختار دستگاه‌های مراقبت از کودک و نیازهای گوناگون والدین بستگی داشته باشد.

به طور کلی تجارب کشورهای مختلف در حوزه‌ی تشویق باروری، حاکی از آن است که مشوق‌های پولی- اقتصادی لحظه‌ای و مقطعی نمی‌تواند تحولات نگرشی و رفتاری محدودکننده‌ی سطح باروری که در طول چندین دهه شکل گرفته است را تغییر دهند. بنابراین سیاست‌های تشویق باروری نیاز به زمان و برنامه‌های بلند مدت داشته و برنامه‌های ترکیبی اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی، مهم‌تر و مؤثرتر از برنامه‌های صرفاً اقتصادی است.

منابع:

- 1.WHO.int
- 2.Wourld Bank
- 3.<https://www.britannica.com/place/Singapore/History>
- 4.<https://www.madeforfamilies.gov.sg/>
- 5.<https://www.theguardian.com/world/2020/oct/07/singapore-to-offer-baby-bonus-as-people-put-plans-on-hold-in-covid-crisis>
- 6.<https://www.msf.gov.sg/policies/Strong-and-Stable-Families/Supporting-Families/Pages/Baby-Bonus-Scheme.aspx>
- 7.<http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1925944,00.html>



جمعیت، در اغلب کشورهای با باروری پایین در آسیا، لازم است به موانع ازدواج بپردازد. در میان کشورهایی با سطح باروری پایین، سنگاپور تنها کشوری است که مشخصاً روی سیاست‌های افزایش باروری از طریق سیاست خانه‌داری و خدمات دولتی دوستیابی متمرکز شده است؛ اگرچه این سیاست‌ها نیز موفقیت چندانی نداشته است.

➤ تعادل کار- زندگی:

تطابق بین فرزندآوری و مشارکت در نیروی کار به خصوص برای زنان، عامل کلیدی مؤثر بر باروری است. از این‌رو در کشورهای با باروری پایین در آسیای

ناباروری

تعریف و مروری مختصر بر عوامل بروز ناباروری

فاطمه میرزایی - دانشجوی کارشناسی
مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کرد که مهم‌ترین علت آن نیز هست. موارد بعدی را می‌توان انسداد لوله‌های فالوپ، عدم تخمک‌گذاری افراد و عوامل رحمی و لگنی دانست.

همان طور که بیان شد، کاهش ذخایر تخمدان از مهم‌ترین علل ناباروری زنان است که با افزایش سن بطور قابل توجهی این ذخایر کاهش می‌یابند. از جمله

عوامل لوله‌ای، می‌توان به موارد بسیاری مانند پولیپ در لوله‌ها یا اسپاسم لوله‌ها و یا عفونت‌های لگنی اشاره کرد. بیشتر عوامل لوله‌ای به سادگی قابل درمان هستند.

سندرم تخمدان پلی کیستیک، از

عوامل مهم توقف تخمک‌گذاری یا به اصطلاح عامیانه آن، تنبلی تخمدان است. یعنی در هر تخمدان بیش از یک تخمک

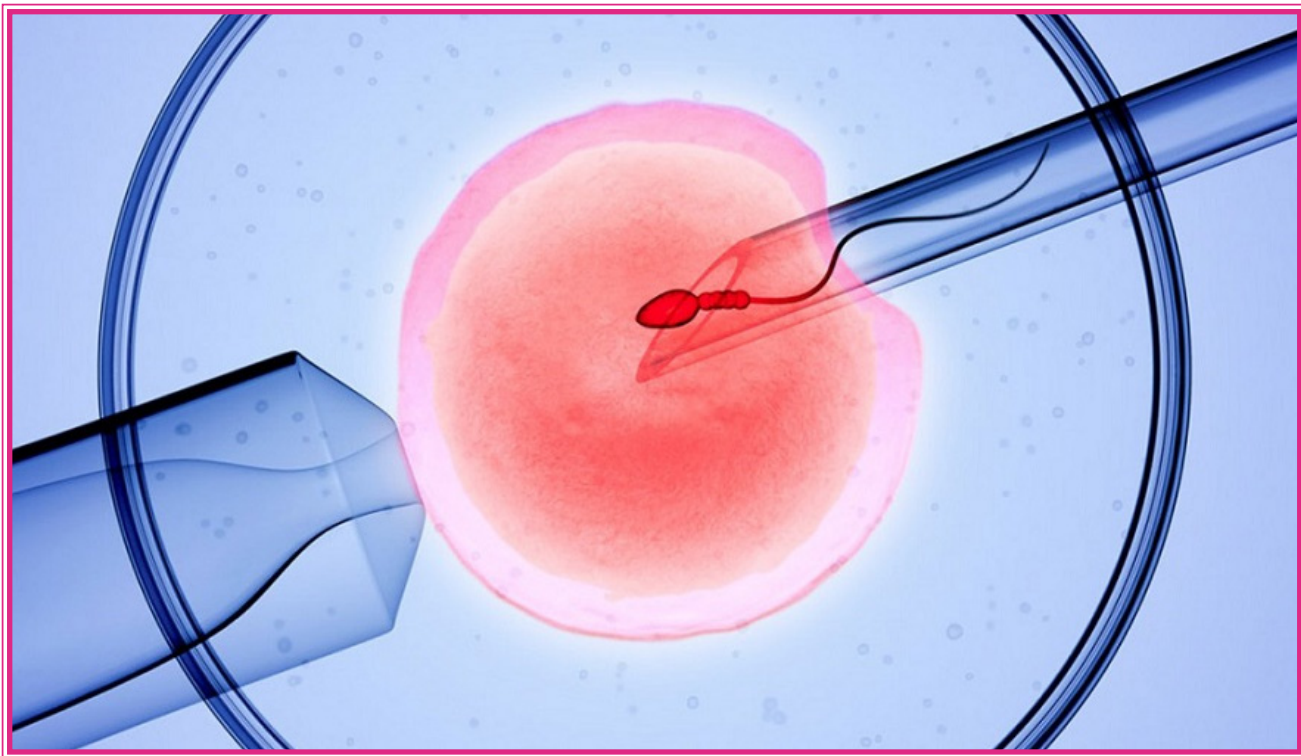
ناباروری مسئله‌ی مهمی و شایعی در جامعه‌ی امروزی است به طوری که از هر ۶ زوج به طور متوسط ۱ زوج نابارور هستند. این موضوع برای زوجین مشکلات زیادی از جمله: مشکلات مالی برای درمان این مسئله، مشکلات عاطفی بین زوجین و حتی امکان از هم گسیختگی خانواده‌ها را ایجاد کرده است. بنابراین

درمان این مشکل کمک شایانی به خانواده‌ها خواهد کرد. اما نخست باید به معنای مشترکی از این مفهوم و ابعاد آن رسید. تعریف متداول ناباروری، «عدم باروری افراد بعد از یک یا دو سال مقاربت جنسی محافظت

نشده» است. ناباروری هم علل مردانه و هم زنانه دارد. از عوامل زنانه می‌توان به کاهش ذخایر تخمدان اشاره

بهترین سن باروری برای زنان دهه‌ی بیست زندگی و شروع کاهش باروری از دهه‌ی سی زندگی است.





است و تا این جا به طور بسیار خلاصه، از علل ناباروری صحبت کردیم و درمورد تعریف ناباروری نیز صحبت کردیم. بنابراین اگر زوجین قصد بارداری داشته و بعد از یکسال نزدیکی محافظت نشده بارداری نشدند باید به پزشک مراجعه کرده تا ارزیابی اولیه برای زوجین انجام شود و علت ناباروری مشخص و درمان صورت گیرد. در این ارزیابی پزشک باید یک شرح حال بسیار دقیق که شامل: تاریخچه‌ی طبی، جراحی، انکولوژی و ژنیکولوژی است، از زوجین بگیرد. هر کدام از این مشکلات، بررسی و درمان صورت می‌گیرد. مثلاً برای مشکلات تخمک‌گذاری، باید تحریک تخمک‌گذاری انجام شود و یا مشکلات هورمونی زوجین باید برطرف شود. اگر علل ناباروری مشخص و درمان صورت گرفت، اما ناباروری درمان نشد، یعنی یک علت ناشناخته باعث ناباروری شده که در این موارد می‌توانیم از فناوری‌های کمک باروری استفاده کنیم که شامل: ICSI (تلقیح از طریق سرویکس رحم)، IVF (بارور ساختن تخمک در آزمایشگاه) و GIFT (انتقال گامت به لوله فالوپ) است.

هر ماه بالغ می‌شود و این تخمک‌ها آزاد سازی نمی‌شوند و همین باعث عدم تخمک‌گذاری و ناباروری می‌شود. عوامل رحمی، وجود پولیپ و میوم در رحم، چسبندگی‌های بافت رحم و یا مشکلات آناتومیک رحم مانند رحم تک شاخ یا دوشاخ از جمله مواردی هستند که باید اصلاح شوند تا باروری برقرار شود.

عفونت‌های لگنی باعث گسترش عفونت به رحم و لوله‌های فالوپ می‌شوند. این عفونت‌ها ممکن است از شریک جنسی نیز منتقل شوند. بنابراین در درمان این عفونت‌ها درمان همزمان مرد و زن الزامی است. از دیگر عوامل لگنی، می‌توان به بدشکلی‌های لگن اشاره کرد.

عوامل مردانه شایع هستند و معمولاً اولین مرحله در درمان ناباروری، رد علل مردانه ناباروری است. از جمله عوامل مردانه می‌توان به آرواسپرمی (عدم وجود اسپرم در مایع منی)، اولیگواسپرمی (کاهش تعداد اسپرم‌ها) و اشکال در حجم، غلظت، تحرک و شکل اسپرم‌ها اشاره کرد.

باروری عاملی کاملاً تابع سن است. البته باروری مردان به اندازه‌ی زنان وابسته به سن نیست و مردان تا سن ۹۰ سالگی قادر به باروری هستند؛ اما بعد از ۵۰ سالگی میزان باروری آنان کاهش میابد. اما برای زنان بهترین سن برای باروری دهه‌ی ۲۰ زندگی است و شروع کاهش باروری از دهه‌ی ۳۰ زندگی است. افزایش سن زنان باعث سقط و اختلالات کروموزومی جنین نیز می‌شود و روی کیفیت تخمک‌ها و پذیرش رحم برای تخمک لقاح یافته تأثیر می‌گذارد. مسئله‌ی ناباروری، مسئله‌ای بسیار پیچیده و گسترده

۱. Berek JS, Berek DL. Berek & Novak's Gynecology. ۱۶e: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; ۲۰۲۰.

۲. هره بهجتی اردکانی، محمدجلال عباسی شوازی، فاطمه شیدفر، فاطمه شیدفر، محمد مهدی آخوندی. تأثیر افزایش سن در باروری و باروری جایگزین. پایش. ۱۳۸۶؛ ۶ (۴).

قاتلین باروری

بیماری‌های سیستم تناسلی مرتبط با قدرت باروری

❖ ستاره بلانین - دانشجوی کارشناسی پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

ناحیه کمر و لگن دارند. درد هنگام یا بعد از رابطه‌ی جنسی نیز گزارش شده است. خونریزی یا لکه بینی بین دوره‌های قاعدگی، ناباروری و مشکلات گوارشی از قبیل نفخ، اسهال، یبوست، تهوع به ویژه در دوران قاعدگی از علائم دیگر این بیماری است.

جهت درمان، پزشک ممکن است آگونیست هورمون آزادکننده‌ی گنادوتروپین را تجویز کند. این دارو ساختن هورمون‌ها برای تخمک گذاری، چرخه قاعدگی و رشد آندومتریوز را متوقف می‌سازد. جراحی معمولاً برای علائم شدید یا مشکلات باروری انجام می‌شود و شامل از بین بردن لکه‌های آندومتریوز توسط جراح است.

انسداد لوله‌ی فالوپ

لوله‌ی فالوپ، اندام تولید مثلی زنان است که در طول

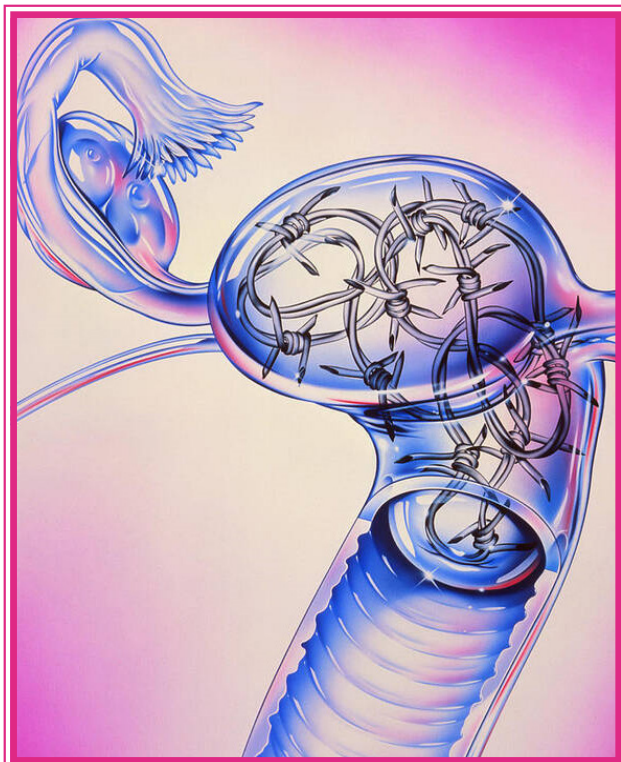
برخی بیماری‌ها و اختلالات پزشکی می‌توانند روند باروری را با مشکل مواجه کنند. در ادامه به سه مورد از مهم‌ترین آن‌ها در خانم‌ها یعنی؛ سندرم تخمدان پلی کیستیک، آندومتریوز و انسداد لوله‌های فالوپ و یکی از شایع‌ترین آنان در بین مردان یعنی واریکوسل اشاره می‌شود:

سندرم تخمدان پلی کیستیک

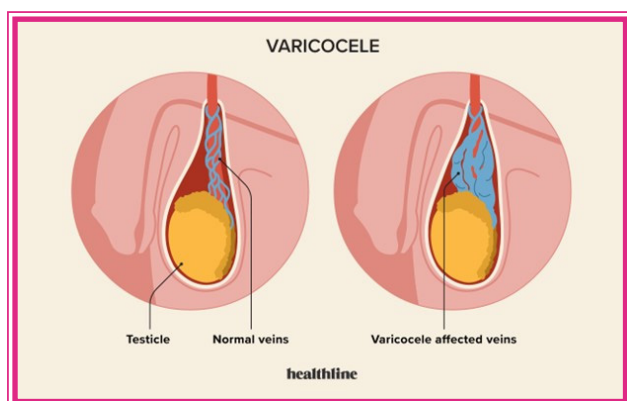
سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) یکی از دلایل اصلی ناباروری و یک مشکل بهداشت عمومی مهم و یکی از شایع‌ترین اختلالات هورمونی است که زنان در سنین باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این عارضه، حدود ۸ تا ۱۳ درصد از زنان در سنین باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تا ۷۰ درصد موارد تشخیص داده نشده است و معمولاً در دوران نوجوانی بروز پیدا می‌کند اما علائم ممکن است در طول زمان تغییر کند. این سندرم می‌تواند باعث عدم تعادل هورمونی، پرיוدهای نامنظم، سطح آندروژن اضافی و کیست در تخمدان‌ها شود. پرיוدهای نامنظم، معمولاً با عدم تخمک گذاری، می‌تواند باردار شدن را دشوار کند. در همین شماره از نشریه ضربان، برای شما همراهان علاقه مند یا دغدغه مند نسبت به این مشکل به صورت مبسوط به این موضوع پرداختیم.

آندومتریوز

آندومتریوز یکی دیگر از مشکلات شایع در زنان است. این بیماری زمانی اتفاق می‌افتد که بافتی همانند پوشش داخلی رحم (آندومتر) در بیرون از رحم یا جایی که به آن تعلق ندارد رشد می‌کند. آندومتریوز اغلب در تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ و سطح بیرونی رحم دیده می‌شود. شایع‌ترین علامت، اشکال مختلفی از درد است؛ به طور مثال این زنان از قاعدگی‌های به شدت دردناک رنج می‌برند؛ همچنین درد مزمن در



بیمار قابل تشخیص است و واریکوسل کوچک فقط در یک مانور والسالوای قوی شناخته می‌شود. بعد از معاینه‌ی فیزیکی، واریکوسل از طریق سونوگرافی داپلر جریان رنگی با وضوح بالا، تأیید می‌شود که اتساع عروق شبکه‌ی پامپینی فرم با قطر ۳ میلی‌متر یا بیشتر را نشان می‌دهد. ونوگرافی به ندرت توصیه می‌شود اما برای تشخیص واریکوسل مقاوم به درمان یا عود کننده می‌تواند مفید باشد. تصویربرداری حرارتی از دیگر روش‌های غیر تهاجمی، بدون درد و غیر تماسی برای تعیین واریکوسل‌های احتمالی استفاده می‌شود. لباس زیر راحت و مناسب به کاهش ناراحتی می‌تواند کمک کند. در صورت برطرف نشدن، جراحی واریکوسلکتومی انجام می‌شود. برای این جراحی، جراح یک برش اغلب در پایین شکم ایجاد می‌کند و رگ‌های غیر طبیعی را می‌بندد و جریان خون را به وریدهای طبیعی هدایت می‌کند؛ همچنین این عمل می‌تواند از طریق لاپاراسکوپ (ورود لوله به همراه دوربین) انجام شود؛ تا ۲۴ ساعت بعد از جراحی کمپرس سرد روی موضع گذاشته شود تا از التهاب و تورم جلوگیری کند. بعد از پایداری وضعیت همودینامیک، بیمار می‌تواند ترخیص شود.



منابع

1. World Health Organization. Polycystic ovary syndrome [Internet]. 2025. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome
2. National Library of Medicine MedlinePlus. Polycystic ovary syndrome [Internet]. 2024. Available from: www.medlineplus.gov/polycysticovarysyndrome.html
3. Leslie SW, Sajjad H, Siref LE. Varicocele. [Updated 2023 Nov 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448113/
4. Office on Women's Health. Endometriosis [Internet]. 2014 [Cited 2025]. Available from: <https://womenshealth.gov/a-z-topics/endometriosis>

هر ماه، معمولاً اواسط چرخه قاعدگی، تخمک آزاد شده وارد لوله‌های رحمی خواهد شد. اگر لوله‌ی فالوپ مسدود شود، مسیر انتقال اسپرم به تخمک و مسیر بازگشت تخمک بارور شده به سمت رحم مسدود می‌شود. دلایل عمده‌ی انسداد شامل اسکار، عفونت و چسبندگی لگن است.

معمولاً انسداد تا زمانی که فرد تصمیم به بارداری نگرفته است، علائم خاصی ندارد. در بعضی موارد درد خفیف و منظم و یک طرفه‌ی شکم گزارش می‌شود که در هیدروسالپینکس (زمانی که لوله‌های فالوپ از مایعات پر و بزرگ شده‌اند) وجود دارد. همچنین افراد مبتلا ممکن است مانند آندومتریوز پریودی‌های دردناک را تجربه کنند.

اگر انسداد خفیف باشد، پزشک از طریق لاپاراسکوپ، قسمت مسدود کننده را خارج می‌کند. در صورتی که لوله‌ها در اثر انسداد آسیب دیده باشند، جراح قسمت آسیب‌دیده را حذف می‌کند و دو قسمت سالم را به هم پیوند می‌زند.

سندرم واریکوسل

کیسه بیضه پوششی پوشیده شده از پوست است که بیضه‌ها را نگه می‌دارد. این کیسه شامل شریان و وریدهایی است که خون را به سمت غدد تولیدمثلی هدایت می‌کنند. واریکوسل بزرگ‌شدگی وریدهای داخل کیسه بیضه است؛ این وریدها شبکه پامپینی فرم نامیده می‌شوند. این سندرم می‌تواند منجر به کاهش کیفیت و تولید اسپرم و همچنین ناباروری شود. واریکوسل بیماری شایعی است که ۱۵ درصد مردان به آن مبتلا هستند و تقریباً ۳۵ درصد مردان، مبتلا به ناباروری اولیه می‌شوند. این بیماری بیشتر در سنین بین ۱۵ تا ۲۵ سال شایع است. واریکوسل بیشتر در بیضه چپ دیده می‌شود؛ همچنین می‌تواند در هر دو بیضه چپ و راست وجود داشته باشد اما بسیار نادر است.

واریکوسل معمولاً بدون علامت است اما ۲ تا ۱۰ درصد بیماران از درد شکایت می‌کنند؛ این ناراحتی معمولاً به عنوان درد مبهم یا ضربان‌دار دردناک توصیف می‌شود و به ندرت با درد تیز یا حاد و کوبنده مشخص می‌شود. بیماران ممکن است از سنگینی کیسه بیضه نیز شکایت داشته باشند. اگر واریکوسل به اندازه کافی بزرگ شده باشد به عنوان کیسه پر از کرم توصیف و دیده می‌شود. واریکوسل‌های بزرگ به راحتی با ظاهر کیسه‌ی کرم مانند مشخص می‌شوند.

واریکوسل متوسط با لمس یا معاینه‌ی فیزیکی، توسط



تنبلی

تخم چند قدم مانده دان؛ به ناباروری

✦ نگین رحیم‌پور - دانشجوی کارشناسی پرستاری

کیسه‌های متعدد کوچک و پر از مایع و حاوی تخمک هستند. تبدیل تخمک به کیست از تخمک‌گذاری جلوگیری می‌کند و باعث ایجاد اختلال در چرخه قاعدگی می‌شود و در نتیجه بارداری مشکل می‌شود.

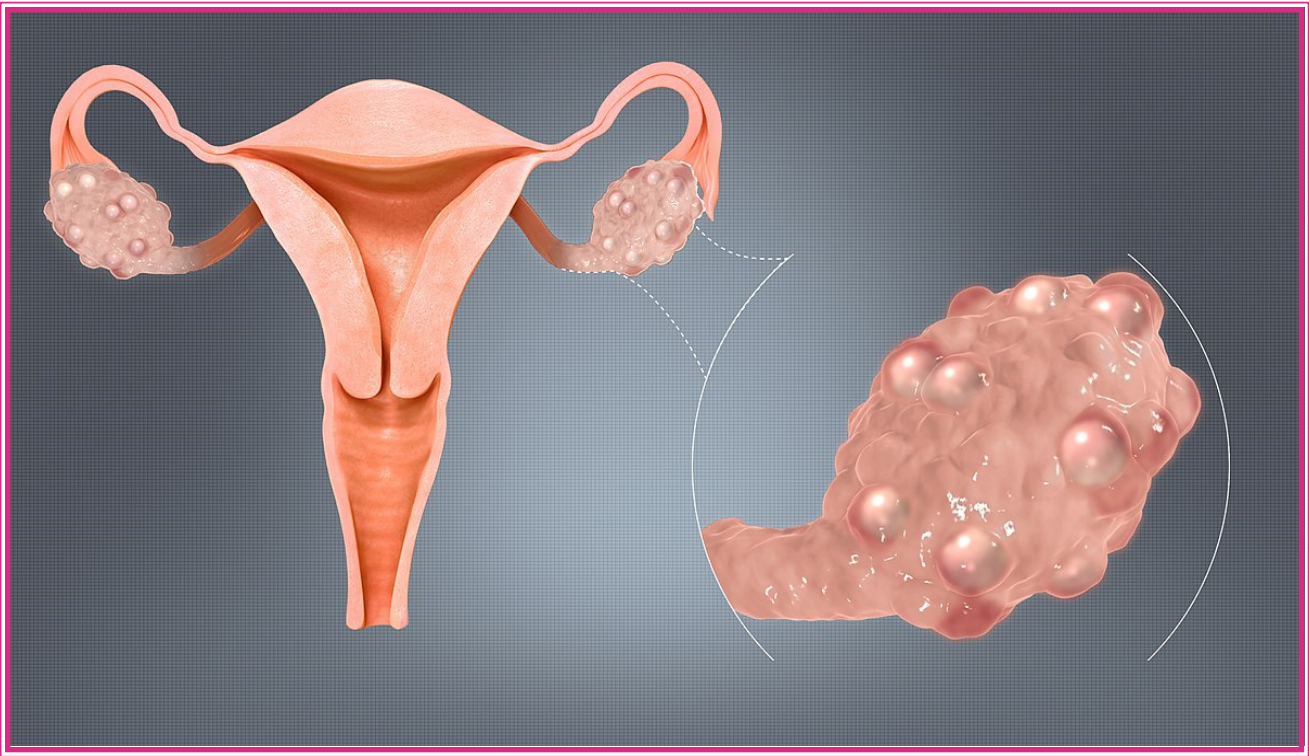
علل ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک:

علت تنبلی تخمدان شناخته شده نیست ولی عوامل ژنتیکی و محیطی ممکن است در ایجاد آن موثر باشند. سبک زندگی ناسالم، رژیم غذایی، استرس و اضطراب، کمبود ویتامین دی، یا هر واسطه‌ای عفونی خطر ابتلا را افزایش می‌دهد.

آیا تا به حال درمورد تنبلی تخمدان چیزی شنیده‌اید؟ درباره‌ی تنبلی تخمدان و نازایی چه می‌دانید؟

سندروم تخمدان پلی کیستیک که معمولاً با عنوان تنبلی تخمدان شناخته می‌شود، یک اختلال غدد درون‌ریز است که امروزه بسیار شایع می‌باشد؛ به طوری که از هر ۱۰ خانم بعد از سن بلوغ یک نفر به این سندرم مبتلا است. این بیماری که ناشی از عدم تعادل هورمون‌های جنسی زنانه است که منجر به ایجاد کیست در تخمدان می‌شود. کیست‌ها،





علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک:

این سندرم علائم متعددی دارد که ممکن است یک علامت به تنهایی یا مجموعه‌ای از علائم با هم در فرد مشاهده شود و بروز علائم در افراد مختلف متفاوت است. سه علامت شایع آن که هر فرد باید حداقل دو مورد از آن را دارا باشد تا بتوان گفت که به سندرم تخمدان پلی کیستیک مبتلا است شامل:

۱- عادات ماهانه نامنظم و عدم تخمک‌گذاری (شایع‌ترین علامت)

۲- افزایش سطح تستوسترون نسبت به میزان طبیعی آن (علائم قابل مشاهده‌ی آن شامل افزایش وزن، چربی شکمی و زیرجلدی، موی صورت و بدن، ریزش مو با الگوی مردانه، بزرگ شدن کلیتوریس، پوست چرب، آکنه و ...)

۳- مشاهده‌ی شکل تخمدان‌ها در سونوگرافی به شکل پلی کیستیک

یکی از علائم اصلی سندرم تخمدان پلی کیستیک، مقاومت به انسولین است که می‌تواند منجر به دیابت نوع ۲ شود. سطح بالای انسولین، مسئول رسوب چربی در اطراف شکم یا چاقی مرکزی می‌باشد و در اکثریت زنان مبتلا به این سندرم، شاخص توده‌ی بدنی ۳۰ یا بالاتر است.

عوارض بیماری تخمدان پلی کیستیک

- اگر سندرم تخمدان پلی کیستیک درمان نشود، منجر به مشکلات متعددی خواهد شد از جمله:
- نازایی یکی از عوارض عدم درمان این بیماری، به علت عدم تخمک‌گذاری منظم است.
- افزایش احتمال سقط جنین و زایمان زودرس

• افزایش خطر خونریزی‌های غیرطبیعی و لکه‌بینی بعد از قاعدگی
• افزایش احتمال ابتلا به سندرم متابولیک که علائم آن شامل؛ فشارخون بالا، کلسترول بالا، قند خون بالا، چاقی و... می‌باشد که احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را افزایش می‌دهد.

راه‌هایی برای سهولت درمان

در درمان سندرم تخمدان پلی کیستیک تغییر سبک زندگی، رژیم غذایی و ورزش از اهمیت بسیاری برخوردار است. رژیم غذایی کم کربوهیدرات و با شاخص گلیسمی پایین، مثل سبزیجات، میوه و غلات کامل، پروتئین‌های کم چرب و چربی‌های سالم، در تنظیم چرخه‌ی قاعدگی کمک کننده است. ۳۰ دقیقه ورزش با شدت متوسط مثل پیاده روی، شنا و دویدن، حداقل ۳ روز در هفته، علاوه بر کاهش وزن سبب بهبود تخمک‌گذاری نیز می‌شود.

مدیریت استرس و مدیریت خواب هم نقش مهمی در تنظیم هورمون‌ها دارند. مدیریت استرس با ورزش‌هایی مثل یوگا، محدود کردن مصرف کافئین و الکل می‌تواند به تنظیم قاعدگی کمک کند.

کلام پایانی

با توجه به شیوع این بیماری در بین خانم‌ها و عوارضی که در پی عدم درمان آن برای فرد به وجود خواهد آمد اگر علائم تنبلی تخمدان یا سندرم تخمدان پلی کیستیک را دارید به متخصص زنان یا غدد مراجعه کنید و به دنبال مراقبت‌های پزشکی باشید. تشخیص و درمان به موقع، به کاهش خطر عوارض گفته شده کمک بسیاری می‌کند و بسیاری از علائم را کنترل می‌کند و عدم توجه و درمان

syndrome (PCOS) in the United Arab Emirates. Rev Environ Health. 2022 May 11;37(3):311319-. doi: 10.1515/reveh-20210036-. PMID: 35538690.

4. Ajmal N, Khan SZ, Shaikh R. Polycystic ovary syndrome (PCOS) and genetic predisposition: A review article. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2019 Jun 8;3:100060. doi: 10.1016/j.eurox.2019.100060. PMID: 31403134; PMCID: PMC6687436.

5. Siddiqui S, Mateen S, Ahmad R, Moin S. A brief insight into the etiology, genetics, and immunology of polycystic ovarian syndrome (PCOS). J Assist Reprod Genet. 2022 Nov;39(11):2439-2473. doi: 10.1007/s108157-02625-022-.

6. Patel S. Polycystic ovary syndrome (PCOS), an inflammatory, systemic, lifestyle endocrinopathy. J Steroid Biochem Mol Biol. 2018 Sep;182:2736-. doi: 10.1016/j.jsbmb.2018.04.008. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29678491.

این بیماری می تواند عواقب جبران ناپذیری همچون نازایی در پی داشته باشد. پس تنبلی تخمدان را جدی بگیرید!

منابع:

1. Emilia Pesonen, Marjukka Nurkkala, Maisa Niemelä, Laure Morin-Papunen, Juha S.Tapanainen, Timo Jämsä, Raija Korpelainen, Meri-Maija Ollila, Terhi T. Piltonen, Polycystic ovary syndrome is

associated with weight-loss attempts and perception of overweight independent of BMI: a population-based cohort study, Obesity, 10.1002/oby.23681, 31, 4, (1108-2023), (1120).

2. Siddiqui S, Mateen S, Ahmad R, Moin S. A brief insight into the

etiology, genetics, and immunology of polycystic ovarian syndrome (PCOS). J Assist Reprod Genet. 2022 Nov;39(11):24392473-. doi: 10.1007/s10815-7-02625-022.

3. Dalibalta S, Abukhaled Y, Samara F. Factors influencing the prevalence of polycystic ovary

سبک زندگی ناسالم یکی از شایعترین دلایل بروز سندروم تخمدان پلی کیستیک است. این بیماری یکی از علل شایع کاهش قدرت باروری و ناباروری در بین زنان می باشد که به واسطه اصلاح سبک زندگی قابل پیشگیری و حتی درمان می باشد.



فریاد در حبس سکوت: ناله های ناشنیده در پشت دیوار رحم

کاوش در ابعاد مختلف (پزشکی، حقوقی، اخلاقی و دینی) سقط جنین و تأثیرات آن بر جوانی جمعیت

✦ محدثه سجادی
دانشجوی کارشناسی پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سقط عمدی با مداخلات پزشکی، با هدف حفظ سلامت مادر یا به دلایل شخصی با انتخاب خود مادر انجام می‌شود. اگر سقط القایی یا عمدی توسط افراد متخصص و در شرایط کاملاً بهداشتی و تحت روش‌ها و ابزارهای مناسب انجام شود به آن سقط ایمن می‌گویند. اما اگر سقط توسط افراد غیر متخصص و در شرایط غیر بهداشتی و با تجهیزات و ابزارهای خطرناک انجام شود به آن سقط نایمن می‌گویند که عوارض و پیامدهای سوء زیادی هم برای مادر و هم جوامع دارد.

پیامدهای جسمی و روانی سقط جنین

لازم است که نگاهی به عوارض و پیامدهای سقط جنین داشته باشیم؛ عوارضی که می‌تواند سلامت مادر و آینده او را تحت تأثیر قرار دهد. عوامل متعددی بر شدت عوارض ناشی از سقط تأثیر می‌گذارند، که مهمترین آنها: سن جنین، تجربه و مهارت پزشک، بیماری زمینه‌ای مادر، شیوه انجام سقط و از همه مهمتر این است که آیا سقط در شرایط ایمن انجام شده یا نا ایمن؟ به طوری که عوارض سقط در شرایط ایمن به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و نرخ مرگ و میر در سقط ایمن کمتر از ۰/۲ درصد است در حالی که در شرایط غیر ایمن به ۴/۷ تا ۱۳/۲ درصد می‌رسد.

خونریزی شدید، عفونت، خارج نشدن کامل محصولات

سقط جنین مقوله‌ای بسیار پیچیده و چند بعدی است که به یکی از چالش‌های مهم جوامع تبدیل شده است. به طوریکه سازمان جهانی بهداشت (WHO) بیان کرده است که حدود ۷۳ میلیون سقط جنین القایی سالانه در جهان اتفاق می‌افتد که ۴۵ درصد از این سقط‌ها در شرایط نایمن انجام می‌شود. که عوارض و پیامدهای سوئی هم بر سلامت مادر و هم جوامع دارد.

کشور ما ایران نیز مانند بسیاری از جوامع با مسئله‌ی بحرانی سقط جنین روبه‌رو است و تبدیل به چالشی برای سیاست‌گذاران شده است؛ از این رو در این چند سال اخیر برآمده‌اند که قوانینی تحت عنوان حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را برای مقابله با کاهش نرخ مولید و افزایش جمعیت به تصویب برسانند و آنها را اجرا کنند. با این حال، چالش‌های اجرایی و آماری هم‌چنان نشان‌دهنده سقط‌های غیرقانونی و نایمن است. از این رو لازم است که ابعاد مختلف سقط جنین را ابتدا درک کنیم و سپس به بررسی آن در حوزه‌ی قانون جوانی جمعیت بپردازیم.

مروری بر مفهوم و انواع سقط جنین

ابتدا بهتر است با مفهوم سقط جنین و طبقه بندی آن از لحاظ پزشکی آشنا شویم. سقط جنین به معنای پایان یافتن بارداری قبل از هفته بیستم و یا وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم می‌باشد. اگر این اتفاق بعد از هفته بیستم بارداری رخ دهد و جنین جان خود را از دست بدهد، به آن مرده‌زایی گفته می‌شود.

سقط می‌تواند به دو شکل رخ دهد: سقط خودبه‌خودی و سقط عمدی. سقط خود به خودی معمولاً ناشی از ناهنجاری‌های ژنتیکی یا نواقص جنینی است که بیشتر این نواقص منجر به سقط، مربوط به سیستم عصبی مرکزی و یا مشکلات مادر و عوامل محیطی که بدون دخالت پزشک انجام می‌شود، است.



خود حق حیات جنین را از او بگیرد. اما طبق نظریه جواز نسبی در اسلام که با اعتدال به این موضوع نگاه می‌کند، در صورت به خطر افتادن جان مادر و نواقص شدید جنینی قبل از ۴ ماه که جنین حیات ندارد، سقط مجاز است.

سقط جنین در تنگنای جوانی جمعیت

ممکن است این روزها زیاد در مورد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت شنیده باشید. یکی از ماده‌های مهم این قانون، مسئله‌ی سقط جنین را پوشش می‌دهد. پس لازم است نیم‌نگاهی به این قانون داشته باشیم و بعد تأثیرات آن را روی سقط جنین بررسی کنیم. قانون جوانی جمعیت مشتمل بر ۷۳ ماده و ۸۱ تبصره است که در مهر ماه ۱۴۰۰ تصویب شد.

طبق ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، سقط جنین ممنوع بوده و در صورت انجام برای آن مجازاتی از جمله حبس و دیه و ابطال پروانه پزشکی در نظر گرفته شده است. طبق این قانون، سقط تنها در مواردی مانند: خطر جدی برای جان مادر به طوری که نجات جان مادر تنها با سقط



حاملگی، آسیب و سوراخ شدن دیواره‌ی رحم و دهانه‌ی رحم، آندومتریس، آمبولی مایع آمنیوتیک و ... از جمله این عوارض هستند. این عوارض تنها به جسم مادر محدود نمی‌شود، بلکه اثرات روانی آن شامل افزایش خطر اضطراب و افسردگی، استرس پس از سانحه و حتی تمایل به خودکشی می‌باشد.

نگاهی به سقط جنین از منظر اخلاق و فقه اسلامی

در مورد اخلاقی بودن سقط، اختلاف نظرهایی وجود دارد و طیفی از مقررات (از ممنوعیت مطلق تا جواز مطلق) وجود دارد. در این موضوع لازم است ابتدا ببینیم که حیات انسانی از چه موقع آغاز می‌شود. از منظر اسلام ولوج روح در جنین از ۴ ماهگی اتفاق می‌افتد و جنین دارای شخصیت انسانی می‌شود و سقط قتل نفس به حساب می‌آید و دیه‌ی یک انسال کامل را دارد. اما نکته‌ی مهم اینجاست که قبل از ۴ ماهگی نیز از بین بردن جنین از نظر اخلاقی و فقهی جایز نیست و بر اساس آموزه‌های دینی خداوند به انسان، از همان زمان انعقاد نطفه کرامت داده و این کرامت تا پایان عمر او باید رعایت گردد و آغاز آفرینش انسان از همان انعقاد نطفه است و اگر جلوی تکامل آن گرفته نشود به یک انسان کامل تبدیل می‌شود و در غیر این صورت با انجام سقط و جلوگیری از تکامل جنین گویی که آن انسان به قتل رسیده است.

اگر بخواهیم مسئله سقط را از منظر قرآن نگاه کنیم، باید در آیه ی ۳۲ سوره ی مائده از قرآن تأمل کنیم. آن آیه این است: (مَنْ أَجْلَ ذَٰلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِي إِسْرَٰئِيلَ أَنَّهُ مَن قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا). هر کس انسانی را بدون ارتکاب قتل یا فساد روی زمین بکشد، چنان است گویی که همه‌ی انسان‌ها را کشته است.

پس جنین از همان زمان انعقاد نطفه حق حیات دارد و مادر حق ندارد به بهای حق استقلال و انتخاب



چند وجهی و پیچیده است و باید همه ابعاد و عوامل تأثیرگذار در بروز آن سنجیده شود و با آن به طور کارشناسانه برخورد شود و قوانین سختگیرانه خود به تنهایی نمی‌تواند کاری از پیش برد.

سخن آخر

سقط جنین همواره یکی از مسائل بحث‌برانگیز در جوامع مختلف بوده و برخورد با آن نیازمند نگاهی چندبعدی است. در حالی که برخی کشورها قوانین سختگیرانه‌ای برای کاهش آمار سقط تصویب کرده‌اند، تجربه نشان داده است که محدودیت‌های شدید تنها منجر به افزایش سقط‌های غیرقانونی و نایمن شده و سلامت زنان را به خطر می‌اندازد. از سوی دیگر، سیاست‌های

تنظیم خانواده، آموزش صحیح و حمایت اجتماعی از زنان باردار می‌تواند راهکار مؤثرتری برای کاهش سقط‌های نایمن باشد.

در ایران، قانون جوانی جمعیت سعی در کاهش سقط از طریق موانع قانونی دارد، اما موفقیت

آن مستلزم در نظر گرفتن عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. در نهایت، هرگونه سیاست‌گذاری در این حوزه باید با رویکردی متعادل، همراه با حفظ کرامت انسانی و رعایت اصول علمی و اخلاقی انجام شود تا هم سلامت مادران حفظ شود و هم از

امکان پذیر باشد، سن جنین کمتر از ۴ ماه باشد، در مواردی که عدم سقط به فوت هر دو منجر شود، ناهنجاری‌های شدید جنینی در صورت رضایت مادر، وجود مشقت برای مادر و ناهنجاری‌های غیر قابل درمان، با تشکیل پرونده و برگزاری کمیسیونی متشکل از قاضی و یک پزشک متخصص و متعهد و یک پزشک قانونی صورت می‌پذیرد.

سوال اینجاست که آیا این سیاست تا به حال تأثیری روی کاهش سقط داشته‌است؟

باید بگوییم که از محورهای اصلی سیاست‌های جوانی جمعیت، محدودیت برای خدمات تنظیم خانواده همراه با قوانین سختگیرانه‌ی غربالگری قبل از تولد و سقط

می‌باشد. طبق این قانون توزیع رایگان و تأمین مالی داروهای ضد بارداری، وسایل پیشگیری از بارداری و ترویج آن ممنوع است. عقیم‌سازی دائمی مردان و زنان ممنوع است البته در صورتی که سلامت مادر در خطر باشد مجاز شمرده می‌شود.

دسترسی به خدمات سقط جنین به شدت محدود شده است و همچنین در صدور مجوز سقط حتی در موارد ناهنجاری، سختگیرانه‌تر برخورد می‌شود. اما موضوع اینجاست که محدود کردن دسترسی به خدمات سقط جنین می‌تواند باعث کاهش سقط شود؟ این وضعیت را می‌توان در کشورهایی که قوانین سختگیرانه‌ای دارند مانند برزیل به وضوح مشاهده کرد که این قوانین سختگیرانه نتیجه‌ی عکس داده و آمار سقط بیش‌تر بوده است. در کشور خودمان نیز با وجود اینکه آمار مشخصی در دسترس نیست اما همچنان سقط‌ها آمار بالایی دارند. به طوریکه حدود ۵۰۰ هزار سقط در سال اتفاق می‌افتد.

یکی از نتایج این نوع سیاست‌گذاری، افزایش میزان بارداری ناخواسته در کشور است. حاملگی‌های ناخواسته یکی از عوامل مهم در سقط جنین است به طوری که از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، ۱۲۱ میلیون حاملگی ناخواسته اتفاق افتاده است که از این تعداد ۶۰ درصد به سقط منجر شده است. تجربه این نوع سیاست‌گذاری در کشورها نشان می‌دهد که در واقع سیاست‌های سختگیرانه ممکن است که آمار سقط‌های قانونی را کاهش دهد، اما سقط‌های زیر زمینی و غیر قانونی را بیشتر کرده است که بسیار نگران‌کننده است و عوارض و پیامدهای وخیمی را برجای می‌گذارد.

در واقع سیاست‌گذاران نباید به این موضوع به طور ساده انگارانه نگاه کنند. سقط جنین یک مسئله



حاملگی نا خواسته اتفاق افتاده است که از این تعداد 60 درصد به سقط منجر شده است. در واقع سیاست‌های سختگیرانه ممکن است که آمار سقط‌های قانونی را کاهش دهد، اما سقط‌های زیر زمینی و غیر قانونی را بیشتر کرده است که بسیار نگران کننده است و عوارض و پیامدهای وخیمی را بر جای می گذارد. Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet Glob Health. 2020 Sep;8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109-X(20)30315-6. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32710833.

(۷) ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان علی آباد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

(۸) محمد احسانی، بررسی احکام سقط جنین از منظر فقه و تربیت، دوره ۱۰، شماره ۲۰، اسفند ۱۴۰۲، صفحه ۲۰۳-۲۲۸

۹) مرکز پژوهش مجلس شورای اسلامی. <https://rc.majlis.ir/fa>

(۱۰)سایت تحلیلی خبری عصر ایران

۱۱) لاریجانی ب و همکاران. درسنامه اخلاق پزشکی
برای دستیاران رشته های تخصصی پزشکی. چاپ اول
تهران: یارانا، ۱۳۹۹

پیامدهای ناگوار سقطهای غیرایمن کاسته شود.

منابع

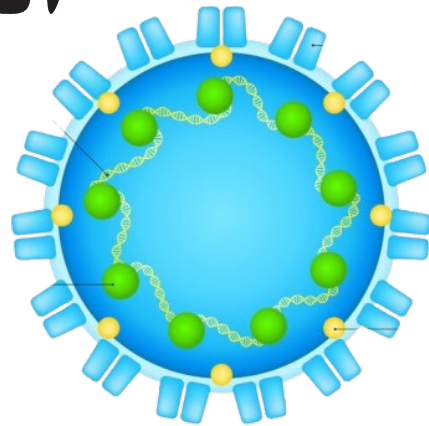
- 1) Shirdel E, Asadisarvestani K, Kargar FH. The abortion trend after the pronatalist turn of population policies in Iran: a systematic review from 2005 to 2022. BMC Public Health. 2024 Jul 15;24(1):1885. doi: 10.1186/s12889-024-19249-024-. PMID: 39010012; PMCID: PMC11247811.
- 2) Bridwell RE, Long B, Montrieff T, Gottlieb M. Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. West J Emerg Med. 2022 Oct 23;23(6):919925-. doi: 10.5811/westjem.2022.8.57929. PMID: 36409940; PMCID: PMC9683756.
- ۳) باتقوا، مهدیه، حجازی، سید ناصر، چیت ساز، محمد علی. واکاوی سقط جنین در بین زنان شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۴۰۳؛ ۶۷(۵): ۱۴۷۶-۱۴۸۹.
- 4) World Population Review. Countries Where Abortion Is Illegal 2022.
- 5) World Population Review Abortion. [cited 2025 feb 12]
- 6) Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp. حاملگی‌های ناخواسته یکی از عوامل مهم در سقط Tunçalp جنین است به طوری که از سال 2015 تا 2019، 121 میلیون



آنچه همگان باید بدانند:

زگیل تناسلی، یک تهدید خاموش اما جدی

(قسمت دوم)



- افتراق موارد قبلی و جدید امکان پذیر نیست.
- زگیل‌ها تمایل زیاد به عود دارند حتی اگر دستکاری نشوند.
- در کسانی که شرکای جنسی جدید و متعدد دارند تنوع زگیل‌ها و منتشر شدن زگیل‌ها بیشتر است.
- سیستم ایمنی کارآمد می‌تواند بر علیه HPV اقدام کند. از ۱۰۰ نفر، ۷۰٪ خودبه‌خود بهبود پیدا می‌کنند.
- از ۳۰٪ باقیمانده، ۲۰٪ با تأخیر بهبود پیدا می‌کنند و ۱۰٪ باقیمانده به سمت سلول‌های پیش سرطانی می‌روند. درصد خیلی کمی، به سمت سرطان پیش می‌روند.

درمان زگیل تناسلی

- کرم ایمو کوئیمود ۵٪ (توسط انگشت، ۳ بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته یا تا بهبود ضایعه) و پنج فلوروپوراسیل که شبیه ایمو کوئیمود می‌باشد فقط دو بار در هفته.
- درمان‌های تخصصی شامل کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، روش‌های جراحی با لیزر، الکتروسرجری، کورتاژ، درمان با تری کلرواستیک اسید و بی کلرواستیک اسید ۸۰-۹۰٪ نیز در دسترس هستند.

نکات مهم حین درمان

- بسیاری از افرادی که زگیل‌های اطراف مقعد دارند ممکن است هم‌زمان زگیل در داخل مقعد هم داشته باشند. لذا بهتر است در هر بیماری که زگیل اطراف مقعدی دارد، داخل مقعد هم با یکی از روش‌های معاینه با انگشت یا آنوسکوپ بررسی شود. تست مقعدی HPV باید در خانم‌هایی که ضایعات شدید دارند که بیشتر از دو سال پا برجاست، مردان HIV مثبت همجنس‌گرا، افرادی که ضایعات مقعدی مشخص دارند و افرادی که رابطه مقعدی دارند، انجام شود.

در شماره قبلی به معرفی کامل HPV، راه‌های انتقال و تعدادی از راه‌های پیشگیری از ابتلا به آن اشاره شده است. اینک در این شماره به صورت مبسوط در مورد درمان، چگونگی مشاوره، پیشگیری و واکسن آن بحث شده است.

درمان HPV

- برای زگیل تناسلی هیچ درمان دارویی ضد ویروسی اختصاصی وجود ندارد و هیچ درمانی کاملاً علاج‌بخش نیست. هدف از درمان، رفع ظاهری ضایعات است.
- با درمان موضعی می‌توان زگیل را از بین برد ولی احتمال عود و بازگشت وجود دارد. این مسائل را باید قبل از درمان به بیمار توضیح داد.
- اگر زگیل تناسلی، بدون درمان هم رها شود اغلب ظرف ۲ سال خودبه‌خود بهبود می‌یابد. لذا می‌توان در برخی بیماران، بدون درمان، بیمار را پیگیری نمود ولی ممکن است بدون تغییر بماند و یا تعداد و اندازه‌اش افزایش یابد.
- درمان زگیل تناسلی به کاهش استرس روحی بیماران کمک می‌کند و نگرانی بیمار را در خصوص شکل ظاهری زگیل‌ها در ناحیه تناسلی‌اش کاهش می‌دهد.

پیشگیری از HPV

- احتمال پیشگیری از انتقال توسط کاندوم ۵۰٪ است و در صورت آلودگی و استفاده از کاندوم نیز احتمال سرایت وجود دارد. تا برطرف شدن کلیه ضایعات، کاندوم استفاده کنید. کاندوم فقط زمانی می‌تواند از سرایت زگیل تناسلی جلوگیری کند که نواحی آلوده را کامل پوشانده باشد.
- بعد از ارتباط، شستشوی دهان، دور دهان، مقعد، دور مقعد و ناحیه تناسلی به خوبی انجام شود.
- در ۷۵٪ موارد عود توسط ویروس قبلی انجام می‌شود.

می‌باشد.

• این ویروس در لباسشویی زنده می‌ماند مگر آنکه وایتکس مخصوص لباس‌های سفید استفاده کنید که حاوی ترکیبات سدیم هیپوکلرایت می‌باشد و یا پاک‌کننده‌های مخصوص لباس‌های رنگی، که در واقع همان وایتکس بدون کلر بوده و واجد پراکسید هستند، استفاده شود.

• دماهای بالای ۱۰۰ درجه و خشک‌کن‌های لباس با درجه‌ی بالای حرارت و به مدت حداقل ۴۵ دقیقه، منجر به کاهش شدید دوز ویروس می‌شود.

نکات مهم در مشاوره

• ابتلا به HPV بسیار شایع است و می‌تواند غیر از ناحیه‌ی مقعدی-تناسلی، نواحی دیگری مثل دهان و حلق را هم درگیر نماید.

• وقتی دو شریک جنسی، مبتلا به زگیل تناسلی یا مبتلا به HPV هستند، نمی‌توان دقیقاً مشخص نمود کدام یک ابتدا مبتلا شده و عفونت را به دیگری منتقل کرده است.

• ابتلا به HPV به این مفهوم نیست که خود فرد یا همسرش، حتماً روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده داشته است.

• بیشتر افرادی که مبتلا به HPV می‌شوند بدون عارضه‌ی خاصی به طور کامل از ویروس پاک می‌شوند.

• اگر فردی ویروس از بدنش پاک نشود، ممکن است مبتلا به زگیل تناسلی و یا ضایعات سرطانی یا پیش‌سرطانی در ناحیه‌ی تناسلی و یا حتی سر و گردن شود.

• ابتلا به ویروس می‌تواند در طی تماس جنسی دهانی و نیز تماس جنسی بدون دخول هم رخ دهد.

• ترشحات بزاق، ضد باکتری و ضد ویروسی هستند و در بسیاری از موارد بدون اینکه فرد بفهمد، این ویروس دفع می‌شود. موارد کمی پابرجا می‌ماند و عامل بروز ضایعات دهانی و در مواردی باعث سرطان دهان، حلق و حنجره می‌شود.

• کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، که باید هر ۲-۳ هفته تکرار شوند. در هر جلسه دو سیکل درمان انجام می‌شود. کرایوتراپی سمی نیست؛ نیازی به بی‌حسی ندارد و اگر به طور دقیق به کار رود، ایجاد اسکار نمی‌کند. در حاملگی و شیردهی کاملاً ایمن است.

• درمان زگیل‌های واژینال یا سرویکس و نیز زگیل‌های مجرای ادراری و مقعدی در زنان و مردان باید در یک مرکز تخصصی (کلینیک پوست یا عفونی یا زنان) انجام شود.

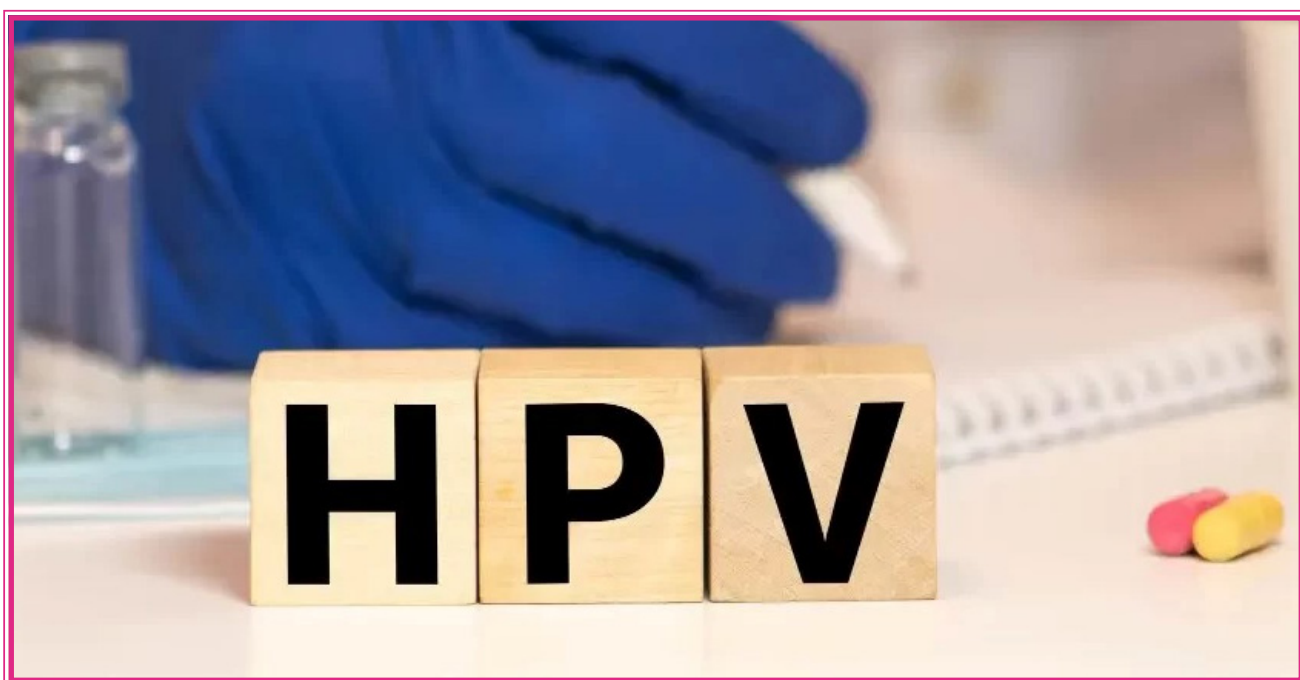
• زگیل‌های سرویکس نباید تا زمان مشخص شدن نتایج پاپ اسمیر درمان شوند.

آیا لباس‌های زیر آلوده به HPV در لباسشویی از بین می‌رود؟

• این ویروس نسبت به حرارت و خشکی بسیار پایدار بوده و می‌تواند روی البسه و سطوح آلوده تا چند روز زنده بماند و تا سه روز، حداقل نیمی از قابلیت عفونی بودن خودش را حفظ می‌کند. بنابراین امکان انتقال آن از طریق اشیاء وجود دارد.

• این ویروس به دلیل نداشتن غشای سلولی، مقاومت زیادی در مقابل ضد عفونی‌کننده‌های عمومی دارد و خنثی نمی‌شود.

• تنها ترکیبی که قادر به خنثی سازی آن می‌باشد، ترکیبات سدیم هایپوکلریت (همان وایتکس یا آب ژاول)، پراستیک اسید و یا خود اسید استیک (سرکه)



HPV خویشتن داری در افراد مجرد و وفا داری به شریک جنسی در افراد غیر مجرد است.

- واکسن دو ظرفیتی پاپیلوگارد که با هدف پیشگیری از ابتلا به تیپ ۱۶ و ۱۸ ویروس است که ۷۰٪ سرطان‌های دهانه‌ی رحم با این دو تیپ ارتباط دارند.
- واکسن ۴ ظرفیتی گارداسیل که علیه چهار تیپ ۱۱ و ۶ و ۱۶ و ۱۸ محافظت می‌کند.
- واکسن ۹ ظرفیتی گارداسیل هم که اخیراً برای پیشگیری از ۹ تیپ (۶ و ۱۱ و ۱۶ و ۱۸ و ۳۱ و ۳۳ و ۴۵ و ۵۲ و ۵۸) تولید شده است.
- واکسن برای همه‌ی نوجوانان ۱۱-۱۲ ساله توصیه می‌شود و می‌توان از سن ۹ سالگی واکسیناسیون را شروع کرد.
- واکسن، بیشترین اثربخشی را در شرایطی دارد که قبل از شروع فعالیت جنسی دریافت شده باشد.
- در پسران و مردان پرخطر و همجنس‌گرا که قبلاً واکسن نزده‌اند می‌توان آن را تا ۲۶ سالگی هم تزریق نمود.
- این واکسن‌ها برای زنان حامله توصیه نمی‌شود. و تا شش ماه بعد از تزریق نباید باردار شوند.
- تزریق واکسن در دوران شیردهی منعی ندارد.
- واکسن HPV می‌تواند برای افراد، صرف نظر از داشتن سابقه زگیل تناسلی یا پاپ اسمیر غیر طبیعی یا ضایعات پیش سرطانی تزریق گردد.
- واکسن‌ها در سه دوز تجویز می‌شوند که در یک دوره ۶ ماهه کامل می‌گردد.
- نوبت دوم ۱-۲ ماه بعد از نوبت اول و نوبت سوم ۶ ماه بعد از نوبت اول تجویز می‌شود.
- برای سنین زیر ۱۵ سال دریافت دو دُز واکسن کافی است که نوبت دوم حداقل شش ماه بعد از نوبت اول تزریق می‌شود.



- این ویروس می‌تواند از مادر حامله به نوزادش در حین زایمان منتقل شود.
- زنان مبتلا به HPV می‌توانند باردار شوند و دوران بارداری طبیعی داشته باشند.
- هیچ آزمایشی وجود ندارد که نشان دهد کدام نوع HPV می‌تواند از بدن پاک شود و کدام پایدار بماند و پیشرفت نماید.
- زمان ابتلا به ویروس HPV را نمی‌توان به طور دقیق مشخص نمود.
- فرد می‌تواند ماه‌ها و حتی سال‌ها قبل از ظهور ضایعات زگیل، مبتلا به HPV شده باشد.
- افراد بی‌علامت مبتلا به HPV هم می‌توانند بیماری را به شرکای جنسی خود منتقل نمایند.
- شرکای جنسی می‌توانند ویروس HPV را به هم منتقل کنند؛ درحالی که فقط یکی علامت‌دار باشد و یا حتی هیچ کدام ضایعه قابل رؤیتی نداشته باشند.
- درمان، ضایعات را از بین می‌برد ولی ویروس می‌تواند تا مدت‌ها در بدن باقی بماند. لذا عود بیماری خصوصاً در سه ماه اول بعد از درمان شایع است.
- اگر کاندوم (به‌عنوان وسیله‌ی پیشگیری از انتقال عفونت) به صورت مداوم و صحیح استفاده شود، می‌تواند شانس انتقال را به شریک جنسی کمتر نماید. در هر حال کاندوم همه قسمت‌های ناحیه‌ی تناسلی را نمی‌پوشاند و لذا نمی‌تواند به طور کامل محافظت کننده باشد.
- واکسن HPV می‌تواند از ابتلا جلوگیری نماید ولی برای فردی که در حال حاضر زگیل تناسلی قابل رؤیت دارد، نقش درمانی ندارد.
- پسران نوجوان دارای رابطه‌ی جنسی با همجنس و زنان نوجوان باردار، باید از نظر سیفیلیس غربالگری شوند.
- در دخترانی که از نظر جنسی فعال هستند، غربالگری برای سرطان سرویکس از سن ۲۱ سالگی توصیه می‌شود.

اقدامات لازم برای شریک جنسی

- فرد مبتلا به زگیل تناسلی باید شریک جنسی خود را مطلع نماید.
- هرچند شرکای جنسی هم ممکن است علی‌رغم بدون علامت بودن مبتلا شده باشند، ولی انجام آزمایش HPV در آنان توصیه نمی‌شود.
- به کار بردن کاندوم برای کمک به کاهش انتقال مفید است.

پیشگیری

- قابل اعتمادترین روش برای پیشگیری از ابتلا به

اگر پس از شروع مجموعه واکسیناسیون مشخص شود که زن حامله است، از تجویز دوزهای باقیمانده خودداری می‌شود و این دوزها پس از زایمان تجویز می‌شوند.

• زنانی را که به نوزاد خود شیر می‌دهند می‌توان واکسینه کرد.

• گارداسیل برای مصرف در زنان ۹ تا ۴۵ ساله مجوز دارد و سن هدف، ۱۱ تا ۱۲ سالگی است.



منابع

۱. اداره کنترل ایدز و عفونت‌های آمیزشی. راهنمای سریع مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۵.

2. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017—Recommendations. Vaccine. 2017 Oct 13;35(43):57535-.

3. American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2023 – 2024. American Cancer Society, Atlanta, GA. 2023.

4. National Cancer Institute. HPV and Cancer. 2023. Accessed at

<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-andcancer> on February 13, 2024.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV). 2023.

Accessed at <https://www.cdc.gov/hpv/> on February 13, 2024.

• در بیماران مبتلا به نقص ایمنی از جمله مبتلایان به HIV هم از ۹ تا ۲۶ سال واکسیناسیون توصیه می‌شود ولی واکسن باید سه نوبته باشد.

• در صورتی که بین واکسن‌ها فاصله بیافتد، نیاز به شروع دوباره نیست و واکسیناسیون را می‌توان بر اساس آنکه فرد زیر ۱۵ سال است یا بالای ۱۵ سال، به ترتیب با دو نوبت یا سه نوبت تکمیل کرد.

• تنها ممنوعیت واکسن نیز سابقه حساسیت آنافیلاکتیک به مخمر نان یا دوز قبلی واکسن است. • زنانی که علیه HPV واکسینه شده‌اند هم باید غربالگری روتین برای سرطان دهانه رحم را انجام دهند، چرا که واکسن تمام تیپ‌های انکوژن HPV را پوشش نمی‌دهد.

• اگرچه برخی راهنماهای بالینی، واکسیناسیون HPV را به طور روتین برای افراد بالاتر از ۲۷ سال توصیه نمی‌کنند، اما انجام آن در برخی از رهنمودها برای افراد ۲۷ تا ۴۵ ساله به خصوص در زنان توصیه شده است.

آخرین توصیه‌های جدید سازمان جهانی بهداشت درباره واکسیناسیون HPV

• برنامه یک یا دو دوز برای دختران ۹ تا ۱۴ سال دوز اول بیشترین تاثیر را دارد.

• برنامه یک یا دو دوز برای دختران و زنان ۱۵ تا ۲۰ سال

• دو دوز با فاصله ۶ ماه برای زنان ۲۱ سال به بالا • سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت در اولویت قرار گرفتن واکسیناسیون افراد دارای نقص ایمنی یا افراد مبتلا به HIV تاکید می‌کند. این افراد باید دست کم دو دوز و در صورت امکان سه دوز دریافت کنند. • هدف اولیه واکسیناسیون دختران ۹ تا ۱۴ سال قبل از شروع فعالیت جنسی است.

• واکسیناسیون اهداف ثانویه مانند پسران و زنان مسن تر در صورت امکان‌پذیر و مقرون به صرفه بودن توصیه می‌شود.

در ایران، راهنما یا دستورالعمل مشخص و تدوین شده‌ای برای واکسن‌های HPV نداریم و می‌توان به توصیه WHO در این زمینه استناد کرد - بنابراین، بنظر می‌رسد تجویز دو دوز کافی باشد.

توجه شود که:

- واکسن آسپیره نشود.
- در باسن تزریق نگردد؛ در بالاترین قسمت قابل تزریق عضله دلتوئید تزریق شود.
- واکسن گارداسیل قبل از استفاده تکان داده شود، اما پاپیلوگارد نیازی به تکان دادن قبل از مصرف ندارد.
- واکسن گارداسیل برای زنان حامله توصیه نمی‌شود.



نبض فرهنگ:

قوانین جدید فرزندآوری در ایران
سی سال با سیاست‌های جمعیتی ایران
«مامان بابا من غول نیستم!»

نقد فیلم Children of Men

اندر مصایب فرزندآوری
مشوق‌های فرزندآوری در آلمان



قوانین جدید فرزندآوری در ایران:

تحلیل و نقد

محمدطه عسکری - دانشجوی کارشناسی

پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

قوانین جدید فرزندآوری در ایران می‌توانند به عنوان یک گام مثبت در راستای افزایش جمعیت تلقی شوند، اما برای اثربخشی واقعی نیازمند برنامه‌ریزی جامع‌تر و توجه به ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هستند.

و تاثیر گذار در کاهش نرخ باروری و رشد جمعیت شناخته شده است:

۱.۱. عوامل اقتصادی

- هزینه‌های زندگی: افزایش هزینه‌های مسکن، آموزش و بهداشت موجب شده‌است که جوانان تمایل کمتری به فرزندآوری نشان دهند.
- عدم امنیت شغلی: ناپایداری اقتصادی و عدم وجود شغل‌های پایدار، جوانان را به تأخیر در ازدواج و فرزندآوری سوق داده‌است.

۱.۲. عوامل فرهنگی

- تغییرات اجتماعی: تغییر در ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی، به‌ویژه در میان نسل جوان، منجر به کاهش تمایل به تشکیل خانواده و فرزندآوری شده‌است.
- افزایش تحصیلات: تحصیلات بالاتر، معمولاً با تأخیر در ازدواج و فرزندآوری همراه است.

۲. اهداف و محتوای قوانین جدید

۲.۱. اهداف کلان

- افزایش نرخ زاد و ولد: هدف اصلی این قوانین افزایش نرخ باروری و مقابله با پیری جمعیت است.
- توسعه پایدار: ایجاد یک جامعه متوازن از نظر جمعیتی که منجر به توسعه پایدار اقتصادی و اجتماعی شود.

۲.۲. محتوای قوانین

- کمک‌هزینه‌های مالی: پرداخت کمک‌هزینه‌ی نقدی

کاهش نرخ زاد و ولد در ایران به یکی از مسائل کلیدی در حوزه جمعیت‌شناسی و سیاست‌گذاری اجتماعی تبدیل شده است. براساس آمارهای رسمی، نرخ باروری کل به کمتر از ۲.۱ فرزند برای هر زن رسیده‌است که به معنای عدم جایگزینی نسل می‌باشد. این روند نگران‌کننده، دولت را به تصویب قوانینی جدید، برای تشویق خانواده‌ها به فرزندآوری واداشته‌است. در این مقاله، با تحلیل جزئیات این قوانین و نقد آن‌ها، به بررسی ابعاد مختلف آن‌ها می‌پردازیم.

۱. زمینه‌های کاهش نرخ زاد و ولد

عوامل اقتصادی و فرهنگی به عنوان دو عامل مهم





بسیاری از شرکت‌ها ممکن است هنوز آماده پذیرش چنین تغییراتی نباشد.

۴.۲. حمایت از حقوق مادران

• آموزش والدین در مورد مراقبت از نوزادان و فرزندان نیز باید بخشی از این برنامه باشد تا خانواده‌ها بتوانند بهتر از کودکان خود مراقبت کنند.

۵. چالش‌های فرهنگی و اجتماعی

۵.۱. تغییر نگرش جامعه

• برنامه‌های آموزشی برای ترویج ارزش‌های خانوادگی و اهمیت فرزندآوری باید جزء سیاست‌های کلان دولت باشد. دولت باید به نیازها و خواسته‌های جوانان توجه کند تا آن‌ها را ترغیب به تشکیل خانواده کند.

جمع‌بندی

قوانین جدید فرزندآوری در ایران می‌تواند به عنوان یک گام مثبت در راستای افزایش جمعیت تلقی شوند، اما برای اثربخشی واقعی نیازمند برنامه‌ریزی جامع‌تر و توجه به ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هستند. همکاری بین دولت، نهادهای اجتماعی و خانواده‌ها برای دستیابی به اهداف بلندمدت ضروری است. بدون توجه به چالش‌ها و نیازهای واقعی جامعه، این قوانین ممکن است نتوانند تغییرات اساسی را ایجاد کنند.

برای هر فرزند متولد شده.

- تسهیلات مسکن: ارائه تسهیلات ویژه برای خرید مسکن به خانواده‌هایی که فرزند بیشتری دارند.
- دسترسی به خدمات بهداشتی: افزایش دسترسی به خدمات درمانی برای مادران باردار و نوزادان.

۳. نقد و تحلیل مشوق‌های مالی

۳.۱. کمک‌هزینه‌های مالی

مؤثر بودن مشوق‌ها: مشوق‌های مالی ممکن است در کوتاه‌مدت مؤثر باشند، اما در بلندمدت نیازمند تغییرات ساختاری در اقتصاد کشور هستند. نابرابری اجتماعی: این مشوق‌ها ممکن است به نابرابری‌های اجتماعی دامن بزنند و گروه‌های خاصی از جامعه را هدف قرار دهند.

۳.۲. تسهیلات مسکن

اگرچه تسهیلات مسکن می‌تواند به خانواده‌ها کمک کند، اما بازار مسکن ایران با مشکلات جدی مانند افزایش قیمت‌ها مواجه است که ممکن است اثرات این تسهیلات را خنثی کند.

۴. نقد و تحلیل حمایت‌های قانونی

۴.۱. مرخصی زایمان

• اجرای این قوانین نیازمند نظارت دقیق و تأمین منابع لازم است. بدون نظارت کافی، ممکن است این حمایت‌ها عملاً اجرایی نشوند. فرهنگ سازمانی در

سی سال با سیاست‌های جمعیتی ایران

گفتگو با دکتر شهناز کهن، هیئت علمی گروه مامایی و بهداشت باروری علوم پزشکی اصفهان

رشته‌ی مامایی، رشته‌ی فرزندآوری است.

● زهرا کریم زاده، دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اصفهان، از جمله سوابق ایشان در حوزه جمعیت و صیانت از خانواده عبارت است. ایشان با سال‌ها تجربه در آموزش، پژوهش و سیاست‌گذاری سلامت، نقش فعالی در تدوین برنامه‌های ارتقاء سلامت باروری و جمعیت ایفا کرده‌اند.

سرکار خانم دکتر کهن، استاد مامایی که در هر دو سیاست جمعیتی فعالیت کرده‌اند!

من قریب به ۳۰ سال سابقه کار در حوزه مامایی و بهداشت باروری دارم. هشت سال را به صورت اختصاصی در مناطق محروم کشور خدمات مامایی را در جایگاه مسئول زایشگاه و مسئول مامایی شبکه بهداشت ارائه داده‌ام و همچنین در تسهیلات مختلف زایمانی کار کردم. بعد از آن حدود بیست و دو سال هست که مدرس دانشگاه هستم. در رابطه با ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد، گرایش بهداشت مادر و کودک را انتخاب کردم که عمدتاً بر دوران بارداری و مراقبت از کودکان تاکید دارد و اولین دانشجو و دانش آموخته‌ی دکترای بهداشت باوری

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودم و اکنون در مرتبه‌ی استاد تمام گروه مامایی و بهداشت باروری هستم. با توجه به سابقه کاری که دارم در هر دو سیاست جمعیتی حضور داشتم. یک سیاست کنترل جمعیت که از سال

در سال‌های اخیر، با کاهش نرخ باروری در ایران و نزدیک شدن به مرزهای هشدار جمعیتی، توجه به موضوع فرزندآوری و سیاست‌های جمعیتی بیش از پیش ضرورت یافته است. منظور از فرزندآوری، نه صرفاً تولد فرزند، بلکه فرآیندی آگاهانه، سالم و حمایت‌شده از سوی خانواده و جامعه برای بهبود الگوی فرزندآوری است. سیاست‌های جمعیتی مجموعه‌ای از اقدامات قانونی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی است که با هدف مدیریت ساختار جمعیت از نظر سن، تعداد و توزیع اجرا می‌شود. در همین راستا، طرح‌هایی چون «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در کشور مطرح شده‌اند تا با حمایت از خانواده‌ها، تشویق ازدواج، تسهیل فرزندآوری و ارتقاء سلامت باروری، روند کاهش جمعیت را کنترل کنند. در این مصاحبه، تلاش کرده‌ایم با نگاهی تخصصی و واقع‌گرایانه، دیدگاه‌های سرکار خانم دکتر کهن، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از چهره‌های برجسته و باسابقه در حوزه سلامت

باروری را درباره چالش‌ها، فرصت‌ها و فرزندآوری جویا شویم. مدرس استانی حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که در تمام ادارات و ارگان‌ها کارگاه‌هایی در این زمینه برگزار می‌کنند، مدرس حفظ حیات جنین و

در دهه‌های بعدی چالش جمعیت کشورمان خیلی جدی می‌شود. برای جوانی جمعیت و فرزندآوری باید همه تشویق‌ها را در کنار هم در کشور انجام بدهیم، هم حمایت‌های روانی و مالی داشته باشیم، هم انعطاف در اشتغال زنان در نظر بگیریم.

۱۳۶۸ شروع شد و یک سیاست تشویق جمعیت که از سال ۱۳۹۰ به تدریج مطرح شد. در زمان سیاست کنترل جمعیت تمام تلاش سیستم سلامت مبنی بر این بود که به خانواده‌ها کمک کند که به تعداد

پیشگیری از سقط معاونت بهداشتی استان اصفهان، نماینده گروه مامایی و بهداشت باروری در قرارگاه جمعیت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سابقه‌ی دبیری کارگروه صیانت از جمعیت دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی



فرزند مطلوب خود در حد سه فرزند، چهار فرزند و گاهاً دو فرزند دست پیدا کنند، چرا که خانواده‌ها در آن زمان شش تا هشت فرزند داشتند و این سیاست کنترل به سمتی حرکت می‌کرد که خانواده‌ها را به چهار فرزند، سه فرزند و به طور خیلی کمتر دو فرزندی سوق می‌داد. در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰ با شیب خیلی تندی کاهش جمعیت رخ داد که به دو فرزندی رسیدیم، که از همان زمان، جایگزینی جمعیت ما به طور واضح کاهش پیدا کرد، که به نظرم آنجا یک غفلت سیاستگذاری سلامت را داشتیم یا دیده‌بانی جمعیت، دقیق انجام نشد.

چگونه کاهش نرخ فرزندآوری با شیب تند شکل گرفته است؟

برخی فکر می‌کنند این شیب تند کنترل جمعیت و کاهش تعداد فرزندان یک خانواده تماماً به وزارت بهداشت و به سیستم سلامت مربوط می‌شود که واقعیت امر اینگونه نبود. من خودم یکی از شاهدان عینی آن زمان هستم که به خانواده‌ها خدمات برنامه‌ریزی خانواده می‌دادیم، در واقع ما به خانواده‌ها می‌گفتیم چه تعداد فرزند مد نظرتان است و توصیه می‌کردیم که بهتر هست زودتر فرزندهایشان را به دنیا بیاورند و من همیشه به خانواده‌ای که اصرار به فرزند کم و یا فرزندآوری در سن دیرتر داشتند پیشنهاد می‌دادم که "زیر سن سی سالگی فرزندآوری‌تان را کامل کنید" هر تعداد فرزند که مطلوبتان هست را زیر سن سی سالگی به دنیا بیاورید، به خاطر اینکه هم شما بتوانید از فرزندآوری در مسیر کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان و تخمدان سود ببرید و هم فرزند شما بتواند کیفیت جنینی و گامتی خیلی خوب خوبی داشته‌باشد و ما همیشه این توصیه را برای خانواده‌ها داریم. در واقع در سیاست کنترل جمعیت بخشی از این کنترل و شیب تند آن برای روش‌های پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده و مشاوره‌های خانواده بود، بخش دیگر آن به جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی و توسعه کشور مربوط می‌شد. چون ما در سال‌های بعد از جنگ تحمیلی بودیم و در مرحله‌ی بازسازی پس از جنگ بودیم، خانم‌ها به شدت وارد دانشگاه شدند و به دنبال تحصیل رفتند و به دنبال آن وارد بازار کار شدند و شغل‌های خارج از خانه را انتخاب کردند و همچنین وضعیت اقتصادی کشور تغییر کرد و خانم‌ها مجبور بودند کار خارج از خانه داشته‌باشند و این موارد باعث شدند که از نظر اجتماعی دیگر خانم‌ها خودشان فرصت فرزندآوری زیاد نداشته‌باشند. ورود زنان به تحصیل و اشتغالی که نقش‌های باوری زنان در آن نادیده گرفته می‌شد، باعث شد که فرصت

فرزندآوری کاهش پیدا کند، از طرفی باتوجه به شرایط اقتصادی فرصت ازدواج کاهش پیدا کرد و سن ازدواج افزایش پیدا کرد. در واقع می‌توان گفت به دلیل همزمانی یک توسعه‌ی فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و تحصیلی یکباره و ناگهانی با طرح‌های کنترل جمعیت، کشور با یک شیب تند کاهش باروری مواجه شد. به نظر می‌رسد در دهه‌ی ۱۳۸۰ دیده‌بانی جمعیت و سیاست‌گذاری مورد غفلت قرار گرفته‌است؛ تا سال ۱۳۹۰ که اولین برنامه‌ریزی جهت تشویق فرزندآوری و صیانت از جمعیت انجام شد. البته بعد از سال ۱۳۹۰ وضعیت اقتصادی کشور تغییر کرده و شرایط زندگی افراد را تحت تاثیر قرار داد و حتی بعد از همه‌گیری COVID-۱۹ نگرش افراد به زندگی تغییر کرد که یک کاهش تمایل عمومی به ازدواج و فرزندآوری داریم، پس در سیاست جدید جمعیتی ما کار سختی پیش رو داریم. با توجه به مطالعاتی که داشته‌ام و درس ابعاد جمعیتی مقطع دکتری را تدریس می‌کنم می‌توانم بگویم که واقعا جمعیت کشور ما در معرض خطر است و اگر ما با همین رویه بخواهیم به فرزندآوری ادامه دهیم در دهه‌های آتی مشکل جمعیتی پیدا خواهیم کرد. پایداری جمعیت در تمام قومیت‌ها، نژادها و کشورها یکی از اصول خیلی مهم سیاسی، امنیتی، اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود. مبنای پایداری جمعیت در کشور تولد است. در واقع ما باید در کشور به قدری تولد داشته باشیم که این میزان تولد از طرفی بتواند مرگ‌های سالیانه در کشور را پوشش بدهد و از طرف دیگر باعث رشد جمعیت و تامین نیروی کار، باروری و مراقبت گردد.

ضرورت تشویق فرزندآوری!

ما در کشور برای فرزندآوری چند چالش داریم، یکی اینکه تمایل اجتماعی، اقتصادی مردم به ازدواج و به فرزندآوری کاهش پیدا کرده‌است به خصوص در

اجتماعی می‌شود که در همه جای جهان این سرمایه، بسیار ارزشمند است ولی جوانان ما تمایلی به این سرمایه مهم ندارند و لازم است پژوهش‌های مختلفی در زمینه ی بررسی علل عدم تمایل جوانان به ازدواج و فرزندآوری انجام و علل آن بررسی شوند و در راستای برطرف کردن موانع برنامه‌ریزی انجام بشود. برای مثال در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مطالعه‌ای توسط خانم دکتر صفدری جهت تبیین عوامل فرهنگی فرزندآوری در شهر اصفهان انجام شده‌است.

به نظرم زاینده‌رود در این استان نماد امید و آرزو بود، الان که زاینده‌رود خشک شده‌است نماد ناامیدی و یأس شده‌است و می‌شود آن را به عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر فرهنگ و کاهش فرزندآوری در اصفهان تلقی کرد. همچنین لازم است مطالعاتی در زمینه فرهنگی انجام شوند؛ اینکه فرهنگ بی‌فرزند و تک‌فرزندی چه مشکلاتی در خانواده و ساختار اجتماعی آن ایجاد می‌کند و برای رفع آن برنامه‌ریزی‌هایی انجام شود. ما نیاز به پژوهش‌هایی در زمینه پیشگیری از سقط داریم. خانواده‌ها باید از طریق حمایت‌های روانی و مادی تشویق شوند که فرزند خود را نگه دارند. بطور کلی می‌توان گفت برای جوانی جمعیت و فرزندآوری باید همه تشویق‌ها را در کنارهم در کشور انجام بدهیم، هم حمایت‌های روانی و مالی داشته باشیم، هم انعطاف در اشتغال زنان در نظر بگیریم، تغییراتی در ساختار و امکانات بیمارستان انجام بدهیم و بیشترین حمایت‌ها را برای زنان در نظر بگیریم. در دانشگاه‌ها باید زیرساخت‌ها آیین‌نامه جهت حمایت از دانشجویان برای افزایش تمایل به ازدواج و فرزندآوری ایجاد شوند، بخصوص برای دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکتری برنامه‌ریزی‌هایی انجام شوند و همچنین حمایت از دانشجویان متأهل صورت گیرد، بطور مثال: خوابگاه‌های متأهلی برای ایشان در نظر گرفته شوند. ما باید جامعه و تمام محیط‌های کار را دوستدار فرزند و کودک کنیم. برای آگاهی و نگرش مدیران نظام، پژوهش‌هایی انجام دهیم و نگرش آن‌ها را در رابطه با فرزندآوری و جوانی جمعیت تغییر دهیم. به عنوان مثال خیلی از مدیران در ظاهر می‌گویند فرزندآوری خوب است و دوستدار این قانون هستند ولی در حقیقت زمانی که کارمند ایشان نیاز به مرخصی جهت شیردهی، مراقبت و نگهداری از کودک دارند با ایشان همکاری نمی‌کنند و همین عوامل باعث می‌شود این خانم حتی از داشتن همین یک فرزند هم احساس ندامت کند. پس ضروری است که نگرش همه ی افراد جامعه علی‌الخصوص مدیران و ریاست ارگان‌های مختلف در این زمینه اصلاح شود و همه



نسل جوان و ما راه سختی در پیش رو داریم، باید انواع تشویق‌های انگیزشی، اقتصادی، امنیتی و شغلی را برای نسل جوان در نظر بگیریم. از طرفی در دهه شصت که فرزندآوری بالا بوده‌است و اکنون این افراد وارد میانسالی شده‌اند و ده سال آینده هم به سمت سالمندی می‌روند، پس بنابراین در سال‌های آتی انتظار داریم که جمعیت سالمندی بالا برود، که این جمعیت هم به مراقبت احتیاج دارد؛ یعنی نیروی جوان لازم است که هم مراقبت از این گروه سنی را انجام بدهند و هم خرج و مخارج سالمندان را تأمین کنند و از طرف دیگر چون سالمندان بیشتر در معرض مرگ‌ومیر قرار دارند پس آمار مرگ کشور هم بالا می‌رود و ما در ازای این موارد به تولد بیشتری نیاز خواهیم داشت. بنابراین تمام این موارد به ما گوشزد می‌کند که در دهه‌های بعدی چالش جمعیت کشورمان خیلی جدی می‌شود.

چه باید کرد؟؟؟

بنابراین اقدامات و مداخلات گسترده‌ای برای جلوگیری از این چالش جمعیتی لازم داریم. برای مثال قانون جوانی جمعیت و صیانت از خانواده به عنوان یکی از راه حل‌ها باید به کار گرفته‌شود که البته موفقیت اجرای آن نیاز به پشتوانه مالی دارد و باید سخاوتمندان برای فرزندآوری و در راستای تحقق اهداف این قانون هزینه کنیم و از طرفی جوانی جمعیت و صیانت از خانواده باید در همه جا عملیاتی گردد که یکی از جاهای مهمی که باید این قانون عملیاتی بشود دانشگاه‌ها هستند که از دو مسیر، میسر می‌شود: یکی آموزش، این قانون از جمله: آموزش دانشجویان و اساتید و یکی از مسیر تحقیقات، در حال حاضر ما نیاز به پژوهش‌های گسترده در این زمینه داریم. با این که فرزندآوری منجر به ایجاد یک سرمایه

دوستدار کودک و فرزندآوری و صیانت از خانواده شوند.

دغدغهی جمعی در سایر کشورها و مشوق های آنان!

کشورهای متعددی درگیر پیامدهای کاهش باروری هستند و سیاست ها و مشوق های متعددی را نیز تاکنون اجرا کرده اند؛ بطور مثال در کشور سوئد و آلمان یکی از راهکارها تغییر و انعطاف در ساعت اشتغال زنان بود که به خانم های شاغل اجازه می دادند تا سن دو سالگی فرزند، برای نگهداری و مراقبت فرزندشان مرخصی با حقوق بگیرند و از فرزندشان مراقبت کنند و از طرف دیگر در محیط های کاری خانم های شاغل، مهدکودک احداث کردند و افراد دارای مهارت تربیت و نگهداری فرزند را در آنجا استخدام کردند تا مادران شاغل دغدغه و استرس نگهداری فرزند را نداشته باشند. یا کشور سنگاپور که حمایت مالی خیلی بالایی از فرزندآوری، بارداری و زایمان دارد و هزینه مراقبت و تحصیل کودکان را نیز تقبل می کند.

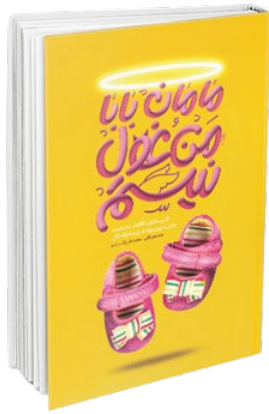
توانمندی های لازم در حرفه ی مامایی در راستای فرزندآوری و صیانت از خانواده؛

از آنجایی که ماماها دانش و تسلط کافی درباره ی باروری، بارداری و زایمان دارند، توانایی مشاوره و کمک به خانواده برای فرزندآوری را دارند. ما همیشه تأکید داریم که خانم ها زودتر فرزندآوری کنند و به تعداد مطلوب فرزندشان برسند چرا که با افزایش سن و به دنبال آن کاهش ذخایر تخمدانی، بعد از سن سی و پنج سالگی و چهل سالگی خیلی نمی توان به فرزندآوری امیدوار باشیم. از طرفی در این زمینه، ابعاد دیگر سلامتی فرد را هم مورد بررسی قرار می دهیم و اگر مشکلی باشد به ایشان مشاوره می دهیم. ما در راستای فرزندآوری، مراقبت از مادران باردار، زایمان، مراقبت از کودک، مراقبت از زنان جامعه و بطور کلی صیانت از خانواده خدمات ارائه می کنیم. حرفه ی مامایی به خاطر جایگاه های متعددی که دارد، خیلی توانمند است و می تواند خیلی خوب در سیاست های تشویق باروری و فرزندآوری ورود کند ولی تا الان هنوز این حرفه خوب دیده نشده است و جای مشارکت بیشتر دارد، به خاطر اینکه اولاً تخصص حرفه مامایی همین است و حضور ماما یعنی مراقبت کننده مادر و کودک، از طرف دیگر دانش آموخته های مامایی تسلط خیلی خوبی در رابطه با بیولوژی و فیزیولوژی باروری و بارداری دارند و خیلی در این زمینه ها آگاه هستند، مهارت های زیادی در زمینه ی مراقبت از مادران باردار و کودکان دارند و همچنین بخاطر ارتباطی که با خانواده ها دارند برای مثال: وقتی خانمی ازدواج می کند، وارد سرویس مراقبت ماما می شود و این ارتباط باعث

اعتماد خانم و خانواده اش به ماما می شود که می توان گفت یکی از معتمدین سلامت در علوم پزشکی، گروه مامایی است و برای خانواده ها خیلی قابل اعتماد هستند، پس گروه مامایی و بهداشت باروری برای مشاوره و راهنمایی خانم ها در زمینه فرزندآوری، تشویق آن ها و حمایت از خانواده و مادر و کودک بهترین گزینه هستند و تاثیرگذاری بسیاری در این زمینه دارند. اگر به ماماها جایگاه شغلی بدهید، دستمزد خوب بدهید، احترام بدهید، تکریم شغلی بدهید و از تمام ظرفیت مامایی استفاده کنید بعد ببینید چقدر نرخ باروری تغییر میکند و چه اثر مثبتی در تشویق باروری و صیانت از خانواده و جمعیت را شاهد خواهیم بود.

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در راستای جمعیت و فرزندآوری چه کرده است؟؟؟

از آن جا که یکی از مراکزی که می تواند بر روی نگرش و آگاهی در دانشجویان و به دنبال آن خانواده های ایشان در جهت جمعیت و فرزندآوری و صیانت از خانواده تاثیرگذار باشد دانشگاه است، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در راستای این سیاست فعالیت های زیادی انجام داده است، برای مثال درسی تحت عنوان "جمعیت و فرزندآوری" را برای کلیه ی مقاطع اجباری کرده است، همچنین یکسری هزینه ها و کمک های مالی پژوهشی را برای مطالعه در این زمینه در نظر گرفته است و به مراکز تحقیقات این هزینه ها را پرداخت کرده است و چندین همایش در این زمینه برگزار کرده است؛ مثلاً در حال حاضر سمینار در عرصه برای خرداد ماه ۱۴۰۴ در حال برنامه ریزی و اجرا است که محور اصلی آن جمعیت، فرزندآوری و صیانت از خانواده است. همچنین در دانشکده ی ما، در پایان هر ترم برای دانشجویان در عرصه در کلیه ی مقاطع و رشته ها جلسه هایی در رابطه با جمعیت، خانواده، ازدواج، فرزندآوری، سن ازدواج، محدودیت های فرزندآوری در سنین بالا، ایده آل های باروری، از دست دادن توانایی باروری، ارزش خانواده، ارزش فرزند و سایر مسائل تشکیل می شود که جهت افزایش آگاهی و تغییر نگرش آن ها نسبت به تشکیل خانواده و فرزندآوری موثر بوده است. همچنین اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان خصوصاً دانشکده ی پرستاری و مامایی، سعی دارند پایان نامه ها و تحقیقات دانشجویان را در راستای جمعیت و فرزندآوری سوق دهند که تاکنون می توان گفت موفق بوده اند، البته این موضوع را بگویم که کلیه پژوهش ها و پروژه های رشته مامایی و بهداشت باروری در راستای فرزندآوری هستند؛ چون رشته ی مامایی، رشته ی فرزندآوری است.



معرفی کتاب؛ مامان بابا من غول نیستم!

□ ملینا جعفری ترم ۲ کارشناسی مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حفظ عزّت و آبروی ملت ایران بزرگترین معروف است.

فرزندآوری و تأثیر آن بر جامعه تأکید دارد و در آثارش به بررسی آسیب‌های کاهش جمعیت می‌پردازد. وافی تلاش می‌کند تا با تحلیل علمی و اجتماعی، نگرانی‌های والدین را در مورد تربیت فرزندان برطرف کند.

• سعید شریف یزدی

سعید شریف یزدی نیز نویسنده‌ای فعال در زمینه‌ی مسائل اجتماعی است. او به همراه مسلم وافی در این کتاب، به بررسی ترس‌ها و چالش‌های فرزندآوری پرداخته و راهکارهایی برای مقابله با این ترس‌ها ارائه می‌دهد. شریف یزدی با توجه به تجربیاتش در مشاوره خانواده، سعی دارد به والدین کمک کند تا با اطمینان بیشتری به فرزندآوری فکر کنند.

این دو نویسنده با همکاری یکدیگر، کتابی را تألیف کرده‌اند که نه تنها به تبیین وضعیت کنونی جمعیت می‌پردازد، بلکه به والدین ابزارهای لازم برای ایجاد روابط بهتر با فرزندان را ارائه می‌دهد.

بخشی از متن کتاب:

امر به تکثیر نسل، وظیفه همگانی ست و معروفی بالاتر از ایجاد نظام اسلامی و حفظ نظام اسلامی نداریم. هر کسی که در این راه تلاش کند، امر به معروف است. حفظ عزّت و آبروی ملت ایران بزرگترین معروف است. معروف‌ها اینها هستند: اعتلای فرهنگ، سلامت محیط اخلاقی، سلامت محیط خانوادگی، تکثیر نسل و تربیت نسل جوان آماده برای اعتلای کشور، رونق دادن به اقتصاد و تولید، همگانی کردن اخلاق اسلامی، گسترش علم و فناوری، استقرار عدالت قضایی و عدالت اقتصادی، مجاهدت برای اقتدار ملت ایران و وراي آن و فراتر از آن، اقتدار امت اسلامی و تلاش و مجاهدت برای وحدت اسلامی، مهم ترین معروف‌ها اینهاست و همه موظف اند در راه این معروف‌ها تلاش کنند، امر کنند.

کتاب «مامان بابا من غول نیستم!» نوشته «مسلم وافی» و «سعید شریف یزدی»، با هدف بررسی آسیب‌های کاهش جمعیت و فرزندآوری نگاشته شده است. این اثر به تحلیل ترس‌های موجود در جامعه نسبت به فرزندآوری می‌پردازد و تلاش می‌کند تا به والدین کمک کند تا با این ترس‌ها مقابله کنند.

• محتوای کتاب

کتاب شامل فصول مختلفی است که هر کدام به جنبه‌ای از زندگی کودک و چالش‌های فرزندآوری می‌پردازد. نویسندگان با استناد به تحقیقات علمی و تجربیات مشاوره‌ای، نکات عملی برای والدین ارائه می‌دهند.

• موضوعات کلیدی کتاب شامل:

- ترس از تأمین نیازهای اقتصادی: بررسی نگرانی‌های مالی والدین در مورد تربیت فرزندان.
- نگرانی از تربیت نادرست: تحلیل چالش‌های تربیتی و راهکارهای مؤثر.
- محدودیت‌های زندگی: تأثیر فرزندآوری بر سبک زندگی والدین.
- در این کتاب علاوه بر پرداختن به موانع فرزندآوری، به والدین ابزارهای لازم برای ایجاد روابط بهتر با فرزندان را ارائه می‌دهد و به ترویج فرهنگ فرزندآوری کمک می‌کند.

• نویسندگان کتاب «مامان بابا من غول

نیستم!»: •

مسلم وافی و سعید شریف یزدی، هر دو از چهره‌های شناخته‌شده در زمینه مسائل اجتماعی و فرهنگی در ایران هستند.

• مسلم وافی

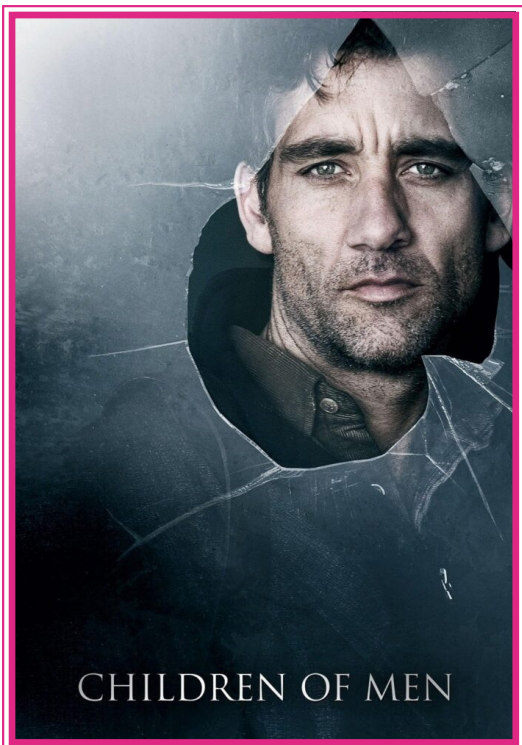
مسلم وافی، نویسنده و پژوهشگر، به دلیل فعالیت‌هایش در حوزه خانواده و جمعیت شناخته می‌شود. او بر اهمیت

معرفی فیلم: فرزندان انسان

CHILDREN OF MAN

فیلمی با نگاهی واقع گرایانه به آینده بشریت

✚ مهسا محمدخانی - دانشجوی کارشناسی پرستاری



این فیلم به طور هوشمندانه، چالش‌های اجتماعی و سیاسی جهان معاصر را به تصویر می‌کشد. در دنیای فیلم، بحران‌های اجتماعی و اقتصادی، مردم را به سوی نژادپرستی و خصومت سوق می‌دهند. توصیف درگیری‌های قبیله‌ای و طرد انسان‌ها به دلیل ناتوانی در باروری، تصویری تلخ از آینده بشر به مخاطب ارائه می‌دهد.

Children of Men در نهایت، هشدار است درباره اهمیت صیانت از جمعیت و مسائل مرتبط با باروری و سالخوردگی جمعیت. با کاهش جمعیت و افزایش نرخ نازایی در سطح جهانی، فیلم مخاطب را به تأمل درباره پیامدهای این روند دعوت می‌کند. نگرستن به آینده‌ای که انسان‌ها در آن قادر به ادامه نسل نیستند، به وضوح نمایانگر خطرات بی‌توجهی به چالش‌های جمعیتی است.

علاوه بر این، فیلم بر اهمیت حمایت اجتماعی و همکاری برای حفظ نسل بشر تأکید دارد. تلاش تئو برای نجات "کی"، نه تنها نشان‌دهنده عشق و وفاداری است، بلکه نمادی از مسئولیت فردی و اجتماعی در قبال نسل‌های آینده نیز محسوب می‌شود.

Children of Men فیلمی است که با نگاهی واقع‌گرایانه به آینده بشریت، هشدارهایی جدی درباره مشکلات جمعیتی و اجتماعی معاصر ارائه می‌دهد. این اثر با خلق دنیایی خشن و تلخ، به مخاطب یادآوری می‌کند که هر نسل، مسئولیتی در قبال آینده دارد. در نهایت، این فیلم نه تنها سرگرم‌کننده، بلکه تفکربرانگیز و آموزنده است و جایگاه ویژه‌ای در میان آثار علمی تخیلی تاریخ سینما دارد.

فیلم فرزندان انسان (Children of Men)، فیلمی به کارگردانی آلفونسو کوارون که در سال ۲۰۰۶ منتشر شد، یکی از آثار برجسته و تأثیرگذار سینمای علمی-تخیلی (science fiction) شمرده می‌شود. این فیلم دنیایی تاریک و ناامیدکننده را به تصویر می‌کشد؛ جایی که نسل بشر در حال انقراض است و هیچ نشانه‌ای از باروری و تولد نو وجود ندارد. در حالی که بیشتر انسان‌ها با نازایی روبه‌رو هستند و به تدریج امید به آینده را از دست می‌دهند، قهرمان داستان، تئو، با مأموریتی مهم و دشوار مواجه می‌شود.

یکی از برجسته‌ترین موضوعات فیلم، تلاش برای صیانت از جمعیت و بقاست. با ظهور زنی باردار به نام "کی"، که امید را به دنیای مرده باز می‌گرداند، فیلم تأکید می‌کند که نوزادان - که نمادی از امید و تجدید حیات هستند - می‌توانند چه تحولی در جامعه ایجاد کنند. باروری، به عنوان یک قدرت مقدس، نه تنها نشانه‌ای از تداوم نسل بشر، بلکه نماد امید برای آینده‌ای بهتر نیز به شمار می‌رود.





شعر؛ اندر مصائب فرزندآوری

شاعر: امیر محمد باقری - دانشجوی نیم سال چهارم کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نقل هر محفل شده موضوع فرزندآوری
وام و ماشین می دهند گر که فرزند آوری

می شود برپا برایش پشت هم، هی کنگره
و شود شاید به دست و یا به دندان این گره

پس شعار "بچه کمتر، زندگی بهتر" چه شد؟
بچه گر بسیار گردد، خاکمان بر سر چه شد؟

کاش می کردید علاج واقعه قبل از وقوع
می کند انسان عاقل، فکر مغرب از طلوع

هر کسی فرزند دارد، می دهدش خودرویی
با رقم های گزاف و بعد کلی پادویی

چند و چون طرح های بی اثر را بی خیال
بس جوان بی سر و سامان، نهاده پا به سال

نسل بعدی در کنار بوته ها آید عمل
تا بگیرد کودکان را شاخه ی گل در بغل

بعد تحصیلات و سربازی و کار بی امان
می شود عازم برای امر خیری یک جوان

منزلی از خود اگر داری، بفرما ای جناب
ور نداری، با چه رویی می کنی من را خطاب؟

دختر بابا که بین پر قو خوابیده شب
بی عروسی، بی سفر با سطح بالا کرده تب

خرچ عقد و فیلم برداری و سرویس طلا
پشت هم، از درب و از دیوار می آید بلا

بعد قرض و رو زدن ها، بعد تسهیلات و وام
رستم دستان ما، هفتاد خوانش شد تمام

گر سخن رودابه بانو گوید از سهراب ها
گویدش: "مادر! برای من نبین این خواب ها"

من که در جنگیدم با دیو و با اسفندیار
هم ندارم نوشداروی تورم یا دلار

خوب بسپارید گوش و هوش برنقالتان
لیست خواهیم کرد علت های این احوالتان

مشکلات اقتصادی و سیاست های بد
سخت گیری بر جوان ها، طرز فکر صفر و صد

ترس از آینده ی تاریک فرزندانمان
یا که غفلت از خدا و سستی ایمانمان



مشوق‌های فرزندآوری در آلمان

راهکارهای کشور آلمان برای افزایش جمعیت و مقابله با بحران سالمندی

فاطمه مختاری - دانشجوی دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کشورهایی همانند آلمان، اسپانیا، انگلستان، ایرلند، روسیه، ژاپن، سنگاپور، سوئد، فرانسه و کره جنوبی که برنامه‌های تشویق افزایش موالید را به جد دنبال می‌کنند، بسته‌های تشویقی خود را چند جانبه، طولانی مدت و با پشتوانه‌ی قانون اعمال کرده‌اند.

آلمان اکنون یکی از صنعتی‌ترین کشورهای جهان، ثروتمندترین عضو اتحادیه‌ی اروپا و موتور اقتصادی حوزه‌ی پولی یورو به شمار می‌رود. راهکار آلمان برای افزایش جمعیت و مقابله با بحران سالمندی

◆ کمک هزینه‌ی زایمان در آلمان:

سیستم تأمین اجتماعی آلمان، به مادران باردار و

آلمان کشوری در قاره‌ی اروپا با پایتخت برلین است. از نظر مساحت، هفتمین کشور بزرگ اروپا و شصت و دومین کشور بزرگ جهان است. جمعیت آن حدود ۸۳,۲۸ میلیون نفر است. در این کشور ۲۱,۲ درصد جمعیت، بالای ۶۵ سال سن دارند. امید به زندگی برای مردان ۷۹,۶ و برای زنان ۸۴,۱ سال می‌باشد. TFR در این کشور، برابر با ۱,۴۶ است.



و پرداخت‌های نگهداری برای والدین می‌شود. کمک هزینه‌ی کودک، مبلغی ماهانه است که به همه‌ی والدین در آلمان، صرف نظر از درآمدشان، داده می‌شود تا اطمینان حاصل شود که نیازهای اولیه‌ی فرزندانشان تأمین می‌شود. همه‌ی والدین حتی والد مجرد در آلمان حق دارند از مزایایی برای جبران هزینه‌های تربیت فرزندان بهره‌مند شوند. شهروندان آلمانی و اتحادیه‌ی اروپا تا زمانی که محل اقامت آنها در آلمان باشد، حق دریافت کمک هزینه‌ی فرزند را دارند.

♦ کمک هزینه‌ی معاف از مالیات برای کودکان :

تحت شرایط خاصی، کمک هزینه‌ی کودک معاف از مالیات نیز ممکن است به والدین اعطا شود. از سال ۲۰۲۲، این مبلغ ۵,۴۶۰ یورو برای هر فرزند برای یک زوج متأهل یا ۴,۰۹۵ یورو برای یک والد مجرد است.

♦ کمک هزینه‌ی والدین فدرال :

این مزایا جایگزین درآمد برای جبران از دست دادن درآمد ناشی از تولد فرزند است و والدین را قادر می‌سازد استراحت کنند و با فرزندان تازه متولد شده‌ی خود وقت بگذرانند. برای تشویق هر دو والد به گذراندن وقت با نوزاد جدیدشان، دولت فدرال آلمان یک سیاست به سبک اسکاندیناوی را اتخاذ کرده است که به موجب آن حق کمک هزینه‌ی والدین می‌تواند بین والدین کودک تقسیم شود.

♦ کمک هزینه‌ی بیماری کودک :

اگر والدین مجبور باشند برای مراقبت از کودک بیمار خود مرخصی بگیرند، کمک هزینه‌ی بیماری کودک توسط شرکت بیمه‌ی سلامت قانونی پرداخت می‌شود. همچنین همه‌ی والدین در آلمان حق دارند در صورت نیاز به مراقبت از یک کودک بیمار بدون فدا کردن روزهای تعطیل یا درآمد از کار مرخصی بگیرند. در برخی موارد، کارفرمای والدین ممکن



شیرده کمک هزینه‌ی زایمان برای کمک به جبران درآمد ازدست‌رفته ارائه می‌دهد. کمک هزینه‌ی زایمان توسط اکثر زنانی که با مرخصی قانونی زایمان خود (شش هفته قبل و حداقل هشت هفته بعد از زایمان) از کار استراحت می‌کنند، دریافت می‌شود.

اضافه پرداخت کمک هزینه زایمان توسط کارفرما :

اگر میانگین دستمزد مادر قبل از رفتن به مرخصی زایمان بیش از ۱۳ یورو در روز (یا ۳۹۰ یورو در ماه) باشد، کارفرما قانوناً موظف است تفاوت را جبران کند.

♦ کمک هزینه‌ی والدین :

دولت آلمان برای ارائه‌ی حمایت مالی بیشتر به والدین جدید، طرح کمک هزینه والدین (Elterngeld) را نیز ارائه می‌دهد که به مادران و پدران برای از دست دادن درآمد آنها تا ۲۴ ماه غرامت می‌دهد.

♦ مزایای کودک :

والد شدن فرد را مستحق چندین مزیت دیگر در آلمان می‌کند:

تا زمانی که فرزند به والد وابسته است، می‌توانند از دولت آلمان به شکل کمک هزینه‌ی فرزند، حمایت مالی دریافت کنند. این شامل دریافت کمک هزینه‌ی معاف از مالیات، کمک هزینه‌های تکمیلی



تضمین قانونی دولت نسبت به کمک هزینه‌های مالی فرزندان برای دوران مدرسه و دانشگاه، از جمله سیاست‌های تشویقی دیگر جهت بالا بردن تعداد مولید و در نتیجه افزایش طبیعی جمعیت است.

منابع:

1. <https://www.msf.gov.sg/policies/Strong-and-Stable-Families/Supporting-Families/Pages/Parenting.aspx>
2. https://www.babybonus.msf.gov.sg/parent/web/about?_afrLoop=82618038374172030&_afrWindowMode=0&_
3. <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security/maternity-benefit-germany-mutterschaftsgeld>
4. <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security/child-benefits-germany-kindergeld>
5. <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security/child-sickness-benefit-germany-kinderkrankengeld>
6. <https://www.iamexpat.de/career/working-in-germany/sick-holiday-maternity-leave>
7. <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security/unemployment-benefits-germany-arbeitslosengeld>
8. <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security/unemployment-benefits-germany-arbeitslosengeld>
9. <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security>



است به پرداخت حقوق آنها ادامه دهد. در غیر این صورت، شرکت بیمه سلامت قانونی وارد عمل خواهد شد تا چیزی را که به عنوان کمک هزینه بیماری کودک شناخته می‌شود، بپردازد.

♦ مرخصی استعلاجی، تعطیلات و زایمان در آلمان:

در آلمان اگر در حین کار باردار شوند، از نظر قانونی مستحق ۱۴ هفته مرخصی زایمان (حداقل شش هفته قبل و هشت هفته پس از زایمان) هستند. در صورت تولد نارس، چند قلو، یا اگر والدین فرزندی ناتوان داشته باشند، حق هجده هفته مرخصی دارند. به طور کلی اقدامات انجام گرفته در کشورهای مختلف از جمله آلمان یادآور این حقیقت است که جمعیت و زاد و ولد در اقصی نقاط دنیا از اهمیت بالایی برخوردار بوده و دولت‌ها هزینه‌ی زیادی را برای تنظیم جمعیت خود به کار می‌گیرند. کشورهایی که برنامه‌های تشویق افزایش مولید را به جد دنبال می‌کنند همانند آلمان، اسپانیا، انگلستان، ایرلند، روسیه، ژاپن، سنگاپور، سوئد، فرانسه و کره جنوبی، بسته‌های تشویقی خود را چند جانبه، طولانی‌مدت و با پشتوانه‌ی قانون اعمال کرده‌اند. در کنار اختصاص مبلغ پولی مشخص و مستمر در قالب حقوق ماهیانه بر حسب تعداد و رتبه‌ی مولید، بخشودگی مالیاتی، اختصاص مرخصی (به طور متوسط ۱۵ ماه) برای والدین و تضمین بازگشت به کار بعد از مرخصی، اختصاص سبد کالاهای حمایتی،



ضربان آزاد :

مقام استاد، چراغ راه دانایی

آشنایی با حیطه‌های المپیاد دانشجویان علوم پزشکی

فرشته‌های بی بال

HAPPY
Midwaves Day



مقام استاد، چراغ راه دانایی



دکتر مژگان سهیلی - عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی

استاد، پلی میان جهل و دانایی است، واسطه‌ای میان حقیقت و جان‌های تشنه‌ی آگاهی.

ارزش و تأثیر ماندگار استاد

نقش استاد در جامعه، همچون نور در دل شب است؛ او روشنایی‌بخش مسیرهای تاریک و پرتلاطم زندگی است. همان‌گونه که امام علی (ع) فرمودند: "هر کس کلمه‌ای به من بیاموزد، مرا بنده‌ی خود کرده است." این بیان، نشان از جایگاه بی‌همتای استاد در فرهنگ اسلامی دارد. آموزه‌های استاد، نه در یک سال و یک دهه، بلکه در طول زندگی شاگردان باقی می‌ماند و نسل‌های آینده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. استاد شهید، آیت الله مرتضی مطهری، در روشنگری اقشار باسواد، به ویژه قشر فرهنگی جامعه ایرانی قدم‌های اساسی برداشته بود و آثار عمیق شهید در احیای فکر دینی اصیل و منطبق با نیاز روز جامعه بسیار مؤثر بوده است.

پایان سخن: درود بر اساتید فرهیخته

در این روز مبارک، به تمام اساتید ارجمند که عمر خود را وقف آموزش، تربیت و پرورش انسان‌ها کرده‌اند، ادای احترام می‌کنیم. آنان که چون خورشیدی بی دریغ، نور دانایی را بر صفحه جان شاگردانشان می‌تابانند و نهال‌های سبز امید را در دل آنان می‌نشانند. امید که قدر این مقام والا را بدانیم و همواره قدردان این روشنگران مسیر دانش و آگاهی باشیم.

**روز استاد بر تمامی اساتید فرهیخته
مبارک باد...**

در سپیده‌دم هر تمدن، همواره چراغی فروزان بوده است که راه را از بیراهه جدا کرده و مسیر حقیقت را به رهروان نشان داده است؛ این چراغ، چیزی جز دانایی و خرد نیست و پاسداران این نور، اساتید و معلمان‌اند. روز استاد، فرصتی است تا به مقام بلند آنان ادای احترام کنیم و از زحمات بی دریغشان قدردانی نماییم.

استاد، معمار اندیشه و تربیت

استاد، نه تنها آموزگار علم، بلکه معمار شخصیت و تربیت است. همان‌گونه که پیامبر اکرم (ص) فرمودند: "من برای تعلیم و آموزش فرستاده شده‌ام"، نقش معلم و استاد تنها در انتقال دانش خلاصه نمی‌شود، بلکه آنان با گفتار و کردار خود، الگویی از فضیلت، اخلاق و انسانیت را به شاگردان می‌آموزند. هر واژه‌ای که از زبان استاد جاری می‌شود، نهالی است که در باغ اندیشه‌ی شاگردان جوانه می‌زند و رشد می‌کند.

علم، میراث پیامبران و رسالت اساتید

در کلام امام محمد باقر (ع)، آن شکافنده‌ی علوم، آمده است: "دانش را بیاموزید، زیرا آموختن آن نیکی است، جست‌وجوی آن عبادت و مطالعه آن تسبیح." این سخن نشان از مقام والای علم و جایگاه رفیع آموزگار دارد. استاد، پلی میان جهل و دانایی است، واسطه‌ای میان حقیقت و جان‌های تشنه‌ی آگاهی. اگر دانش درهای روشنایی را می‌گشاید، این استاد است که کلید آن درها را در دست دارد و آن را به شاگردانش می‌سپارد.

آشنایی با حیطه‌های المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی

محمد عرب‌سرخی - دانشجوی دکتری آموزش پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

ارتقای رشد و تکامل همه جانبه ی کودکان و ... در اولویت این آزمون قرار می گیرد.

حیطه هنر و رسانه و طراحی کمپین

سنگینی دروس علوم پزشکی از یک سو و ساختار آموزشی برخی دانشگاه‌ها از سوی دیگر، بسیاری از دانشجویان علوم پزشکی را از کسب مهارت‌های مهمی همچون کار گروهی، ارتباط مؤثر و همدلی با بیمار باز می دارد. این در حالی است که جانمایی علوم پزشکی، هنر مواجهه با بیمار است و کم توجهی به این مواجهه ی مهم در آموزش امروز، رابطه ی درمانی را در فردای حرفه ای فراگیران مخدوش می کند. در این میان، رسانه‌ها به عنوان ابزارهایی قدرتمند در شکل دهی به دیدگاه ها و نگرش ها، می توانند نقش اساسی در تقویت این آموزش‌ها ایفا کنند. طراحی کمپین‌های رسانه‌ای هدفمند نیز می تواند بستری مناسب برای ارتقای این موضوع فراهم کند. بر همین مبناست که نظام های پیشگام آموزش علوم پزشکی در دنیا برای رفع نقیصه فوق الذکر از هنر بهره می گیرند و سعی می کنند در کالبد علوم پزشکی، روح تازه ای بدمند. این همگرایی، یکی از نیازهای آموزشی ماست که رشد و توسعه ی آن می تواند علاوه بر بهبود نظام آموزش پزشکی، به ارتقای سلامت جامعه نیز کمک کند. از سوی دیگر، مفاهیم بنیادین تعهد حرفه ای و اخلاق مراقبت و همدلی از جنس آموزه‌هایی نیستند که صرفاً در قالب نظری بتوان تعلیم داد؛ چراکه همگی از امور وجودی محسوب می شوند و باید عمیقاً تجربه شوند تا در ذهن و ضمیر فراگیران بنشینند. مخاطبان رسانه های هنری، با دریافت پیامی درست و مؤثر از این طریق، می توانند این آموزه‌ها را در خود نهادینه کنند و به جامعه پزشکی فردا تبدیل شوند.

هنر سال‌هاست که در مرکز بسیاری از ایده های نوآورانه ی آموزشی قرار گرفته و به کارگیری اش در عرصه آموزش مزایای متعددی در پی داشته است؛ از این رو، موضوعیت بخشیدن به هنر در المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی می تواند علاوه بر مفرح بودن، آموزنده نیز باشد و زمینه ساز شکل گیری تفریح در فرایند آموزش شود. از ابتدای برگزاری المپیاد نیز

چند سالی است که المپیاد علمی در بین دانشجویان مقاطع مختلف شو و هیجانی برپا کرده است، لذا بر آن شدیم تا به اختصار معرفی از هر یک از حیطه های هفت گانه این آزمون شامل: حیطه استدلال بالینی، هنر، رسانه و طراحی کمپین، آموزش پزشکی، همگرایی علوم پایه و مرزهای دانش، مدیریت نظام سلامت، کارآفرینی و هوش مصنوعی و اخلاق پزشکی، خدمت شما دانشجویان علاقه مند ارائه دهیم.

حیطه ی استدلال بالینی

در حال حاضر برگزاری آزمون‌های سرنوشت ساز مقاطع بالینی به روش چندگزینه‌ای، کمی نگر و متکی بر محفوظات و آزمون‌های شبه آسکی می باشد که اکثراً به منظور ارزیابی دانش و مهارت‌های فراگیران بوده و قادر به ارزیابی صلاحیت بالینی و توانایی استدلال بالینی فراگیر نمی باشند. یکی از اهداف مهم آموزش پزشکی، آموزش نحوه ی تفکر و استدلال کردن در تصمیم گیری‌های بالینی است. ارزیابی با آزمون‌های استدلال بالینی یکی از روش‌های بسیار خوب برای ارزیابی مهارت طبابت است و از این رو جایگاه ویژه ای دارد. برای ارزیابی حیطه استدلال بالینی آزمون‌های مختلفی طراحی شده است که شامل PMP, CRP KF, SC, Puzzle و سناریو نویسی می باشد. در سال‌های اخیر این نوع آزمون‌های پیشرفته به منظور ارزیابی مهارت استدلال بالینی و حل مسئله فراگیران و نیز گسترش این تفکر در فراگیران دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور استفاده می شود. یکی از اهداف مهم برگزاری آزمون استدلال بالینی المپیاد، آموزش و رواج دادن این روش از ارزیابی در فراگیران سراسر کشور می باشد. همچنین با توجه به کاهش آهنگ رشد جمعیت ایران و نگرانی از پیری جمعیت، توقف سیاست کنترل جمعیت، رشد مولید و افزایش فرزندآوری در اولویت های کشور و از جمله وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است. در همین راستا، هفدهمین دوره المپیاد حیطه استدلال بالینی با موضوع ((سلامت باروری و صیانت جمعیت با رویکرد شناسایی و درمان اختلالات باروری)) برگزار می شود. بنابراین مباحثی همچون، پیشگیری و مدیریت ناباروری، ارتقای سلامت مادران،

هنر، به عنوان یکی از مفاهیم کاربردی و ارزشمند، مورد توجه بوده است؛ به نحوی که در سومین المپیاد علمی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۰ حیطه نوآورانه با موضوع «اخلاق پزشکی» و در پنجمین المپیاد علمی با عنوان «هنر در آموزش پزشکی» حضور و بروز داشته است. بر همین اساس، کمیته فنی المپیاد تصمیم گرفت که «حیطه هنر و سلامت» را به «هنر، رسانه و طراحی کمپین» تغییر داده و به هفدهمین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی اضافه کند. این تصمیم بر اهمیت فزاینده رسانه‌ها و کمپین‌های رسانه‌ای در آموزش پزشکی تأکید دارد، چراکه می‌توانند نقشی مؤثر و تکمیلی در فرایند یادگیری ایفا کنند.

در این حیطه، محتوای ((فرهنگسازی عمومی برای سلامت باروری و صیانت جمعیت)) به عنوان موضوع اصلی انتخاب شده است. محتوای انتخاب شده، می‌تواند ناظر به هر یک از سطوح پیشگیری بوده و هر یک از ابعاد شش گانه سلامت (جسمی، روانی، عاطفی، جنسی، اجتماعی و معنوی) را در برگیرد. همچنین با توجه به اهمیت روزافزون رسانه‌ها در تغییر نگرش‌های عمومی و تأثیر آن‌ها در رفتارهای اجتماعی، طراحی کمپین‌های رسانه‌ای می‌تواند به عنوان یک ابزار قدرتمند برای اطلاع رسانی و ارتقای آگاهی در خصوص سلامت باروری و صیانت جمعیت عمل کند. این کمپین‌ها نه تنها باید به انتقال اطلاعات صحیح، بلکه باید به ایجاد تغییرات اساسی در نگرش‌ها و رفتارها نیز بپردازند.

حیطه آموزش پزشکی

المپیادهای علمی دانشجویی به عنوان یکی از مهمترین فعالیتهای علمی و آموزشی می‌باشند که به دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فرصتی منحصر به فرد برای بروز و شکوفایی استعدادها، توسعه مهارت‌ها و تجربیات علمی خود می‌دهند. این المپیادها به عنوان بستری برای رقابت علمی در سطح دانشگاهی و کشوری قلمداد می‌شوند و دانشجویان را به فعالیتهای پژوهشی و علمی ترغیب و و در عین حال به بهبود سطح دانش و توانمندی آن‌ها در زمینه ی مورد علاقه شان کمک می‌کنند. حیطه ی آموزش پزشکی یکی از حیطه‌های چندگانه ی المپیادهای علمی دانشجویی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است که دانشجویان با شرکت در رقابت‌های تعریف شده در این حیطه، با مسائل و چالش‌های روز جامعه ی ایرانی و حرکت جامعه به سمت سالمندی، کاهش نسل مولد و آینده ساز، با توجه به مبانی حیطه ی

مذکور مواجه می‌شوند و راه حل‌های خلاقانه و کارآمد خویش برای ارتقای سلامت جامعه در راستای صیانت از جمعیت را ارائه می‌دهند. انتظار می‌رود با شرکت دانشجویان در این حیطه، علاوه بر حضور فعال آن‌ها در آشنایی با مسائل، چالش‌ها و راهکارهای حل مسئله در موضوع فوق‌الذکر، فرصت آشنایی با برنامه ریزی درسی، هم راستایی برنامه‌های درسی با تمرکز بر آموزش بین حرفه ای برای گام برداشتن در جهت صیانت از جمعیت، با تأکید بر ارتقای سلامت جامعه را خواهند داشت. محور اصلی هفدهمین المپیاد در حوزه آموزش پزشکی ((صیانت از جمعیت در برنامه‌درسی تطبیقی: هم راستایی برنامه‌های درسی و آموزش بین حرفه ای در علوم پزشکی)) است.

حیطه همگرایی علوم پایه و مرزهای دانش

به منظور تأکید بر اهمیت علوم پایه ی پزشکی و با هدف تقویت تفکر علمی و ضرورت تقویت نگاه همگرایانه علوم پایه در مرزهای دانش و علوم بالینی در دانشجویان علوم پزشکی کشور و تشویق آن‌ها به پژوهش در این زمینه، با هدف تولید علم و تأمین نیازها و حل مشکلات بالینی، هفدهمین دوره المپیاد در حیطه همگرایی علوم پایه و مرزهای دانش برگزار می‌گردد. با توجه به اهمیت بالای حفظ هرم جمعیتی در جوامع و ارتباط تنگاتنگ مباحث علوم پایه و بالینی در این زمینه، موضوع این دوره از المپیاد ((علوم سلولی-مولکولی سلامت باروری و صیانت از جمعیت)) است.

حیطه مدیریت نظام سلامت

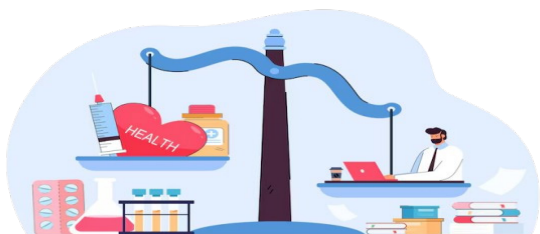
از ابتدای برگزاری المپیاد در کشور، یکی از حیطه‌های اصلی المپیاد علمی دانشجویی، حیطه ی مدیریت نظام سلامت بوده است که به منظور تشویق و ترغیب دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به مطالعه و پژوهش در زمینه مفاهیم و رویکردهای مدیریت نظام سلامت و همچنین ایجاد فرصت‌های مناسب برای اعتلای علمی مدیریت نظام سلامت، کشف استعدادهای برتر و بالقوه ی دانشجویان در این زمینه و هدایت استعدادها در مسیر رشد و شکوفایی برگزار می‌گردد. بخشی از موضوعات استفاده شده در این آزمون شامل: یارانه‌های زایمان، ایجاد تسهیلات برای مهدکودک‌ها و مراکز نگهداری از کودکان، برگزاری کمپین‌های آموزشی برای تشویق به فرزندآوری، تأثیرات سیاست‌ها از لحاظ نرخ زاد و ولد، تأثیر بر وضعیت مالی خانواده‌ها و تأثیر بر بازار کار و اشتغال و... هستند.

حیطه کارآفرینی و هوش مصنوعی

انفورماتیک و هوش مصنوعی علاوه بر دارا بودن مزیت‌های اقتصادی، دارای ماهیتی است که می‌تواند ((زمینه

صورت ویژه می‌نگرد. توسعه‌ی خیره‌کننده‌ی علوم و فناوری‌های پزشکی، جهانی شدن سلامت، فعالیت شرکت‌های بزرگ دارویی و مانند آن از یک سو و تهدیدهای روزافزون سلامت عمومی مانند همه‌گیری‌ها و محدودیت منابع سلامت از دیگر سو، نقش حوزه‌ی زیست پزشکی را در انتظام امور سلامت برجسته‌تر می‌کند. در عین حال، اخلاق زیستی و پزشکی به عنوان یک حوزه‌ی بنیادین و هویت بخش در علوم و فناوری‌های پزشکی، نقشی کلیدی در بهبود خدمات سلامت و افزایش رضایت گیرندگان خدمات، به ویژه بیماران، ایفا می‌کند. این حوزه بر تأمین حقوق بیماران و ارائه‌ی خدماتی مناسب و عادلانه تأکید دارد و به زمینه‌ها و مؤلفه‌های فرهنگی و اجتماعی سلامت توجه ویژه‌ای دارد. یکی از حوزه‌هایی که به لحاظ اخلاقی پرچالش محسوب می‌شود، مراقبت‌های سلامت در مقطع آغازین حیات تا پیش از تولد نوزاد می‌باشد که به طور ویژه‌ای به واسطه‌ی مداخلات نوین، پیچیده و پیشرفته‌ی فناوری، خاستگاه چالش‌های متعددی، خصوصاً به لحاظ اخلاقی شده است. چالش‌های این حوزه از زمان تصمیم‌گیری خانواده برای بارداری آغاز می‌شود و در مسائلی چون بارداری خواسته یا ناخواسته، توانمندی‌های نوین در باروری زوجین نابارور با استفاده از گامت خود یا شخص ثالث و نیز مداخلات تشخیصی و درمانی در طول بارداری ادامه می‌یابد. از سوی دیگر، جنبه‌های اخلاقی، حقوقی و شرعی مرتبط با ختم عمدانه بارداری نیز قدمتی به درازای تاریخ پزشکی دارد.

این موضوع در کشور ما، به ویژه در سال‌های اخیر و به دنبال کاهش قابل توجه و نگران‌کننده نرخ رشد جمعیت، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شده است. این مسأله، توجه سیاستمداران و سیاستگذاران را به خود جلب کرده و به مداخلات جدی در عرصه‌ی قانون‌گذاری و تخصیص منابع منجر شده است. هفدهمین المپیاد دانشجویان علوم پزشکی کشور با توجه به اهمیت این موضوعات، حیطه‌های خود را پیرامون سلامت باروری و صیانت از جمعیت متمرکز کرده و در حیطه‌ی اخلاق پزشکی نیز، جنبه‌های اخلاقی مراقبت‌های آغاز حیات به عنوان موضوع اصلی در نظر گرفته شده است.



ساز چندبعدی)) باشد. سرریز نتایج و دستاوردهای فنی این بخش در افزایش مزیت‌های سایر بخش‌ها بسیار مؤثر است. در چند دهه‌ی گذشته، پیشرفت انفورماتیک و هوش مصنوعی و در دسترس بودن اتصال به اینترنت سرمنشأ تحولات شگرف در علوم پزشکی نیز بوده است. نیاز به ارتقاء کیفیت و ایمنی و همزمان حجم زیاد اطلاعات و محدودیت منابع، سیاستگذاران سلامت را به سوی استفاده‌ی وسیع از ابزارهای سلامت دیجیتال و هوش مصنوعی در علوم پزشکی سوق داده است. حوزه‌ای که رشد خیره‌کننده و دستاوردهای فراوان برای علوم پزشکی در سال‌های اخیر به همراه داشته و همزمان کارآفرین و ثروت‌آفرین نیز بوده است.

خوشبختانه فعالیت حیطه‌ی کارآفرینی و هوش مصنوعی در سال‌های اخیر نقش بسیار پررنگی در ارتقای سواد کارآفرینی و هوش مصنوعی دانشجویان علوم پزشکی و همچنین ایجاد حساسیت‌های لازم درخصوص پرداختن به این مقولات در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور داشته است. براین اساس هفدهمین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی سراسر کشور، با توجه به ضرورت توجه به اهمیت دانشگاه‌های نسل سوم، ایجاد زمینه‌های لازم برای گذار به این دانشگاه‌ها، اهمیت توجه به اصول کارآفرینی در توسعه یک فناوری و تولید محصولاتی برپایه انفورماتیک و هوش مصنوعی و مبتنی بر دانش بومی و با هدف ارزیابی دانش و توانمندی دانشجویان علوم پزشکی در زمینه کشف فرصت‌ها، ایده-پروری و تبدیل ایده به ارزش/محصول برگزار خواهد شد. همچنین به دلیل نیاز کشور در سال جاری، موضوع کلی المپیاد متمرکز بر صیانت از جمعیت خواهد بود و موضوعات حیطه‌ی کارآفرینی و هوش مصنوعی نیز متمرکز بر فعالیت‌های فناورانه در حوزه صیانت از جمعیت است.

حیطه‌ی اخلاق پزشکی

اخلاق زیستی و به صورت اخص اخلاق پزشکی، حوزه‌ای میان رشته‌ای است که سعی دارد در سایه‌ی نظریه پردازی‌های بین رشته‌ای، اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه‌ی عمل حرفه‌مندان پزشکی و پژوهش‌های مرتبط وارد کرده و به سیاستگذاری اخلاقی در حکمرانی حوزه علوم و فناوری و سلامت عمومی از جمله وضع سیاست در ارائه‌ی خدمات سلامت کمک کند. در این راه از حوزه‌های مختلف دانش از جمله علوم انسانی و فلسفه، علوم پزشکی، اخلاقیات الهیات، فقه، فلسفه، حقوق و جامعه‌شناسی بهره می‌برد. اخلاق پزشکی با توجه به ماهیت بین-رشته‌ای خود، به زمینه‌ها و مؤلفه‌های فرهنگی و اجتماعی سلامت به

فرشته‌های بی‌بال

بهانه ای برای پاس داشت روز جهانی ماما

به مناسبت روز ماما - ۱۵ اردیبهشت

تقدیم به تمام ماما‌هایی که هر روز جهانی تازه را می‌آفرینند؛

زهرا ایزدی‌پور، دانشجوی کارشناسی ارشد

مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دستان تو زندگی می‌بخشد و

نور متولد می‌شود در آغوش...

کلامت مهر می‌افشاند

و معجزه خلقت در حضور تو معنا پیدا می‌کند.

اسم زیبای تو که می‌آید، بوی خاک باران خورده می‌آید،

عطر شکوفه‌های بهاری به مشام می‌رسد.

چشم‌هایت خسته است، اما...

تیسیم بر لب داری برای مادری که امانت خداوند است؛

قلب شکسته است اما در آن همیشه باز است بر روی مادری که چشم‌انتظار یاری توست؛

تو در آن اتاقک سبز کوچک، شاهد گریه‌های مقدسی هستی

که هر لحظه از مروارید چشم‌ها جاری می‌شوند...

پیش از آن که ساعت زندگی بیدار شود،

اولین درخشش یک چشم و اولین آوای یک انسان، در کنار تو طنین‌انداز می‌شود.

تو نبض تند آفرینش را در بازوان امن خود در آغوش می‌کشی،

تو نظاره‌گر نفس کشیدن پاک‌ترین مخلوق خدا و اشک شوق یک مادر هستی.

چه چیز زیباتر از لحظه دیدار مادر و فرزند بعد از چندین ماه انتظار؟

این تو هستی که در هر لحظه از حرفات اعجاز خداوند را می‌بینی،

این تویی که زیر بار مسئولیت، شانه‌هایت خم اما خم به ابرو نیاوردی و همدل با دردهای مادری بودی که

جز تو پناهی برای خود متصور نمی‌شد...

و هیچ چیز لذت‌بخش‌تر از قدردانی‌های مادری که بهشت زیر پای اوست برای تو نخواهد بود.

هیچ چیز خستگی را از تن تو نمی‌زداید، مگر آن لحظه که چون کبوتر، خبرسان حس ناب پدر شدن هستی.

روزت مبارک!

به خودت ببال که یک ماما هستی!

به خودت ببال، بانو، که خدایت تو را شایسته و واسط قرار داده؛

به خودت ببال، به‌خاطر تمام لحظاتی که،

زیر سایه سرو تو، خورشیدها زاده شدند.

بدان که تو کمتر از یک فرشته نیستی...





فرزندآوری در کلام مقام معظم رهبری

فرزندآوری یکی از مهم ترین مجاهدت های زنان و وظایف آنان است؛ چون فرزندآوری در حقیقت هنر زن است؛ اوست که زحماتش را تحمل می کند، اوست که خدای متعال ابزار پرورش فرزند را به او داده است. صبرش را به آن ها داده، احساساتش را به آن ها داده است. اگر چنانچه ما این ها را در جامعه به دست فراموشی نسپریم؛ آن وقت پیشرفت خواهیم کرد. (بیانات مقام معظم رهبری در دیدار جمعی از مداحان سال ۱۳۹۲)